

„În timp ce părinţii pot să-şi vadă planurile în lumina raţiunii, logicii şi necesităţii practice, copilul le experimentează în termenii realităţii sale psihice, adică, conform complexelor adecvate fazei de dezvoltare, afectelor, angoaselor şi fantasmelor ce se trezesc în el. Astfel, devine o sarcină a analistului aceea de a reliefa părinţilor discrepanţele care există între interpretările adultului şi cele ale copilului asupra evenimentelor şi să le explice pe cele din urmă pe baza modurilor şi nivelelor de funcţionare speciale care sunt caracteristice minţii infantile."

„Ar trebui oare ca mama unui bebeluş să îi aibă singură de grijă şi implică oare introducerea unui substitut de mamă, de orice fel, o ameninţare la adresa dezvoltării sale? În cazurile în care ea este singura care îngrijeşte copilul, când îşi poate permite, prima dată, să părăsească copilul pentru o scurtă perioadă, în beneficiul unei vacanţe, pentru soţul său, pentru copiii mai mari, pentru părinţii săi etc? Care sunt avantajele hrănirii la sân faţă de hrănirea cu biberonul, sau hrănirii la cerere faţă de hrănirea după program? Care este vârsta potrivită pentru începutul educaţiei sfincteriene? La ce vârstă beneficiază realmente copiii de implicarea altor adulţi sau colegi de joacă? Care este vârsta potrivită pentru a intra la grădiniţă? (...) Ce tip de şcoală (obişnuită sau speci-ală) este mai potrivită cărui tip de copil? Când ar trebui introduse lămuririle despre sexualitate? Există o vârstă la care venirea pe lume a unui frăţior/surioară este mai uşor suportată decât într-un alt moment?"

„Anumiţi copii fug de acasă pentru că sunt maltrataţi, sau pentru că nu sunt legaţi de familiile lor prin legăturile emoţionale uzuale; sau fug de la şcoală sau evită şcoala pentru că se tem de profesor sau de colegi, sau pentru că performanţa lor şcolară este slabă, sau pentru că se aşteaptă la critică, pedeapsă etc. (…) Ei se află sub dominaţia unei necesităţi inconştiente care îi îndeamnă să umble după o ţintă imaginară, de regulă un obiect pierdut [illegible] adică, deşi descriptiv ei fug *de* mediu, într-un sens mai profund, ei [illegible] a unei fantasme. În cazul lor, nu gestionarea sau ameliorarea [illegible], ci doar descoperirea dorinţei inconştiente, va îndepărta sim[illegible]



ISBN 973-85683-3-1

Normal şi patologic la copil

Anna Freud

EFG

Psihanaliza copilului şi adolescentului

Anna Freud

Normal şi patologic la copil

Evaluări ale dezvoltării

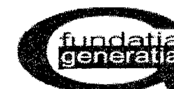
Editura Fundaţiei Generaţia

Psihanaliza copilului și adolescentului

Anna Freud

Normal şi patologic la copil
Evaluări ale dezvoltării

Traducere din limba engleză
Claudia Alecu
Cătălin Popescu



EFG

Coperta
David Horea Şandor

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
FREUD, ANNA.
Normal şi patologic la copil / Anna Freud;
trad.: Claudia Alecu, Cătălin Popescu. - Bucureşti: Editura Fundaţiei Generaţia, 2002.
218 p.; 19 cm. - (Psihanaliza copilului şi adolescentului; 4)
ISBN 973-85683-3-1
I. Alecu, Claudia (trad.)
II. Cătălin, Popescu (trad.)

159.964.2:159.922.7

Carte publicată cu sprijinul fundaţiei
Aktion Kleiner Prinz

ISBN 973-85683-3-1

Normal şi patologic la copil

Evaluări ale dezvoltării

Cuprins

Capitolul 3
Evaluarea dezvoltării normale a copilului

I

II

III

Capitolul 4
Evaluări ale patologiei

Partea I
Câteva aprecieri generale

Capitolul 5
Evaluarea patologiei

Partea a II-a
Câteva stadii infantile premergătoare ale psihopatologiei adultului

Capitolul 6
Posibilitățile terapeutice

Mulțumiri

De vreme ce esența acestei cărți se bazează pe constatări clinice câștigate în diverse departamente ale Clinicii de Terapia Copilului din Hampstead, sunt deosebit de recunoscătoare d-rei Helen Ross, dr. Muriel Gardiner, și dr. K. R. Eissler pentru faptul de a fi fondat, găzduit și ajutat neobosit această organizație. Mulțumesc de asemenea: Field Foundation, Foundations Fund for Research in Psychiatry, Freud Centenary Fund, Grant Fundation, Flora Haas Estate, Newland Foundation, Old Dominion Foundation, Wiliam Rosenwald Family Fund, Taconic Foundation, instituții care m-au susținut cu generozitate de-a lungul anilor.

Sunt de asemenea recunoscătoare analiștilor și terapeuților de copii ai Clinicii pentru faptul de a-mi fi pus la dispoziție material din analizele lor.

Un fragment din această carte, "Profil metapsihologic al copilului" (inclus în Capitolul 4) a fost prezentată la Institutul Național de Sănătate Mentală din Washington, în 1961, ca posibilă bază de cercetare viitoare în Clinica Hampstead și, de asemenea, un proiect de cercetare sub titlul „Evaluări ale patologiei în copilărie“ a fost de atunci susținut de Public Health Service Grant nr. M-5683, MH (1,2,3). Alte secțiuni ale cărții care au fost realizate în cadrul acestui proiect sunt: „Conceptul liniilor de dezvoltare“ (în Capitolul 3) și „Dissocialitate, Homosexualitate, Perversiuni drept categorii diagnostice la copil“ (în Capitolul 5).

Secțiunile „Evaluări ale tulburărilor din copilărie“ și „Conceptul de linii de dezvoltare“ au apărut ca și comunicări preliminare în *The Psychoanalytic Study of the Child*, vol. XVII, iar „Regresia ca principiu în dezvoltarea psihică“ în *Bulletin of the Meninger Clinic*, vol. 27.

Introducere

Pentru cititorul cu o educație generală și interes în psihanaliză, la fel de bine ca și pentru profesionistul care lucrează cu copii sau adulți, *Normal și patologic la copil* este incontestabil cea mai importantă carte a Annei Freud. Este adevărat că și *Eul și mecanismele de apărare* (1936) ocupă un loc special în istoria psihanalizei și poate că și în mintea și pe raftul cititorului. Aceasta a apărut și a ajutat la marcarea unui punct până la care avansase psihologia Eului, cu hopuri și sărituri, și, deși autoarea a elaborat și extins de atunci temele sale principale (Sandler, și alții, 1980), importanța acestora nu a fost diminuată de trecerea timpului. Memorabilele sale ilustrări își exprimă încă înțelesul cu un efect grăitor. Dar lucrarea prezentă, publicată pentru prima oară în 1965, are o semnificație de cu totul altă natură. Dacă astăzi, după atâția ani de la publicare sa inițială, mi s-ar permite să posed doar o singură carte de psihologie psihanalitică a copilului, aceea ar fi *Normal și patologic la copil.* Nici o altă lucrare nu prezintă atât de comprehensiv dezvoltarea normalului și patologicului. *Normal și patologic la copil* o face fără vreo separare artificială a unuia de celălalt. Este solid bazată pe observare clinică și studiu detaliat. Este remarcabil de compactă, având un stil simplu și elegant; dar ușurința cu care Anna Freud îl introduce pe cititor în lectură, nu poate să ascundă complexitatea celor spuse de ea. Mai mult, poate exista o dispută asupra creației celei mai importante a Annei Freud, care nu ar fi vreuna dintre cărți, ci Clinica, pe care ea a condus-o timp de peste treizeci de ani. Ceea ce era pe vremuri cunoscut prin prescurtarea familiară „Hampstead" a devenit, după moartea ei în 1982, Centrul Anna Freud; cartea prezentată aici poate fi plasată printre temeliile în timp și spațiu ale evoluției Centrului.

Cronica dezvoltării acestei organizații influente de la precursoarele sale inițiale, Grădinițele de Război Hampstead, a fost deja prezentată altundeva (Yorke și Moran, 1989), dar pentru scopurile prezente trebuie repetate câteva lucruri. Grădinițele de Război au fost înființate pentru îngrijirea în regim de internat a copiilor ale căror familii erau despărțite – unele irevocabil – de condițiile din timpul războiului. Dar Grădinițele

nu au furnizat doar un serviciu special, ci şi o ocazie de studiu prin observaţii meticuloase şi înregistrări atente ale aspectelor semnificative ale dezvoltării copilului şi a impactului asupra copiilor a traumei implicate de separările de pe vremea războiului. Toate acestea sunt pe larg descrise în două cărţi scrise de Anna Freud şi Dorothy Burligham: *Children in Wartime* (Copii în vremea războiului) (1942) şi *Infants Without Families* (Bebeluşi fără familie) (1944). Atunci când războiul a luat sfârşit şi grădiniţele au fost desfiinţate, mult din personalul acestora a căutat formare în psihologie sau asistenţă socială şi mulţi au fost angajaţi după război în multele clinici de consiliere a copilului, care începeau să se înfiripe; dar psihoterapia cu copiii pentru care erau solicitaţi părea să necesite o pregătire mult mai extensivă şi mai sistematizată decât simţeau ei înşişi că ar deţine şi, astfel, au ajuns la convingerea că ar trebui să includă în pregătirea lor şi analiza personală. Această presiune a fost exercitată asupra Annei Freud şi a colegilor ei psihanalişti şi, în 1948, a luat astfel fiinţă Cursul de Formare în Terapia Copilului din Hampstead, ţinut în locuinţele profesorilor.

Un curs fără o parte clinică la care să se poată face referiri funcţiona cu un handicap considerabil şi doar prin generozitatea prietenilor şi a altor binefăcători, în special din Statele Unite, a fost cumpărat în cele din urmă un sediu la Maresfield Gardens şi a fost stabilit acolo un Centru unde copiii puteau fi evaluaţi diagnostic, li se putea oferi tratament psihanalitic acolo unde era cazul, se putea studia în interes de cercetare dezvoltarea copilului, iar aceste fundamente au furnizat ceea ce a devenit, extinzându-se dincolo de orice aşteptare, cea mai cuprinzătoare organizaţie de acest fel din lume.

Extinderea a avut loc pe mai multe fronturi. Studiul şi înţelegerea dezvoltării normale au fost continuate prin fundarea clinicii Well-Baby, a grupului Mamă-Copil şi a Grădiniţei de Copii până la cinci ani. Din punctul de vedere al patologiei, un serviciu diagostic extensiv şi intensiv furniza material recent şi noi intuiţii într-o gamă largă de tulburări la copil. Serviciile de diagnostic înseşi au devenit surse de rafinare în nosologia şi nosografia psihanalitică, deoarece erau formate grupuri speciale pentru studiul conceptelor clinice şi teoretice. Ideea de a organiza un sistem de indexare pentru facilitarea cercetării a fost concepţia lui Dorothy Burlingham (co-fondatoare a clinicii), susţinută cu entuziasm de Anna Freud, şi care a condus la înfiinţarea unui grup Index care a fost prezidat de Profesorul Joseph Sandler. Nevoia de a rafina şi de a revedea gândirea conceptuală asupra chestiunilor psihanalitice, alimentată de Index, a avut ca rezultat în timp producerea unor lucrări semnificative, dintre care multe au continuat să apară de-a lungul anilor în *The Psychoanalytic Study of the Child* (Studiul psihanalitic al copilului).

Dar ceea ce trebuie accentuat în toate acestea este modul unic de a lucra al Annei Freud, care a scos ce era mai bun de la studenţi şi de la colegii săi, şi i-a încurajat să-şi cultive şi să-şi urmeze interesele lor speciale şi specializate în cadrul vast al psihologiei psihanalitice a copilului. Au fost înfiinţate multe grupuri de studiu: unele dintre acestea, preocupate de rolul vederii în dezvoltarea normală şi înţelegerea celui orb, au derivat din gestul unic al doamnei Burlingham de a crea o grădiniţă pentu copii preşcolari orbi. Altele includeau grupuri de studiu pentru aşa numiţii copii borderline, pentru problemele de delicvenţă, pentru copiii handicapaţi fizic şi multe altele. Deşi Anna Freud nu s-a amestecat niciodată în activitatea acestor grupuri, ea a prezentat cel mai mare interes în ceea ce realizau acestea şi era întotdeauna disponibilă pentru consultaţie. Era susţinută în aceasta de sistemul de documentaţie detaliată iniţiat la Grădiniţele de Război. În măsura în care tot ceea ce se întâmpla în grupurile de studiu, la fel ca şi în evaluarea diagnostică şi în tratament, era înregistrat în mod comprehensiv, ea era capabilă, prin aceste raportări, să urmărească în continuare întreaga muncă şi să reţină conţinuturile lor într-o memorie care ar fi putut fi comparată doar cu a tatălui ei. Dar exista şi un alt, nu mai puţin important avantaj în metodă: observaţiile strânse din aceste multiple surse erau disponibile pentru folosinţa întregului colectiv şi a tuturor studenţilor, indiferent de planul de studiu sau cercetare pe care aceştia ar fi dorit să-l urmeze. Obiceiul de a scrie a fost impregnat până şi în cei care erau iniţial împotriva lui şi, transformat într-o obişnuinţă disciplinată, a condus în mod repetat la contribuţii valoroase în literatura de specialitate.

Legătura dintre Curs şi Clinică, pe de o parte, şi problematica lucrării *Normal şi patologic la copil* poate fi deja evidentă, dar momentul apariţiei celei din urmă nu a fost, cred, întâmplător. Lucrarea a fost scrisă într-un moment în care nosologia psihanalitică luase o întorsătură nouă şi revoluţionară, o dată cu dezvoltarea profilului diagnostic; iar conceptul liniilor de dezvoltare, care îl completează în multe moduri (cf. Yorke, 1980), şi-a dovedit de asemenea valoarea în evaluarea

capacităţii şi gradului de pregătire a copiilor pentru angajarea acestora în noi sarcini şi paşi înainte – cum ar fi plasamentul într-o grădiniţă. Aceste două instrumente psihologice valoroase joacă un rol major în expunerile din carte. Mai mult decât atât, până la acel moment, Indexul fusese pus la punct şi un număr substanţial de cazuri tratate analitic fuseseră documentate şi clasificate conform cu principiile acestuia – într-un fel care le-a făcut disponibile unui număr crescând de cercetători. Grupul de studiu dedicat orbilor începea să influenţeze gestionarea acestui tip de copii şi în alte organizaţii şi şcoli speciale. Clinica Well-Baby şi Grădiniţa erau bazate pe şi contribuiau în continuare la înţelegerea normalului. Începuseră să aibă loc studii longitudinale, în pofida tuturor dificultăţilor implicate de astfel de proiecte, şi devenise posibilă calibrarea preciziei evaluărilor iniţiale ale copiilor tulburaţi, prin reevaluări sistematice mai târzii a celor care fuseseră luaţi în analiză. Deşi progresul ştiinţific al Clinicii era încă într-o activă dezvoltare în toate domeniile, progresele realizate până la acel moment trebuiau înregistrate şi sintetizate în termenii principiilor pe care aceasta era bazată. *Normal şi patologic la copil* a redus această masă de detalii la esenţial şi a rezumat dezvoltările generale într-o formă clară şi asimilabilă. Nu s-a intenţionat niciodată ca lucrarea să fie un raport detaliat al activităţilor Clinicii, dar lucrătorii de pretutindeni care au dorit să urmeze direcţii similare sau s-au simţit stimulaţi să facă astfel, au putut să se ralieze avântului său ştiinţific, oriunde s-ar fi aflat ei; în acelaşi timp, pentru Clinică, funcţia unificatoare a lucrării a avut un rol de rampă de lansare pentru dezvoltarea ulterioară. Nimeni nu ar fi putut să ducă la bun sfârşit sarcina pe care Anna Freud şi-a asumat-o scriind această lucrare; la câtiva ani după moartea sa, aceasta îşi îndeplineşte scopul iniţial şi funcţionează încă drept un catalizator pentru analiştii de pretutindeni.

Timpul nu a stat însă în loc nici pentru Anna Freud şi nici pentru Clinica în care ea a rămas figura centrală. Gândirea fertilă care caracterizează cartea a avut ca rezultat o remarcabilă izbucnire de energie care nu numai că i-a influenţat pe colegii săi, dar a condus-o chiar pe Anna Freud în ultimii săi 15 sau 20 de ani de viaţă către o extindere şi o dezvoltare a propriilor contribuţii. Nou-veniţii cititori ai acestei cărţi, ca şi cei care o abordează din nou, pot dori de asemenea să arunce o privire la această muncă ulterioară în lumina a ceea ce fusese statuat la acel moment. Poate fi de ajutor a se atrage atenţia asupra unora dintre aceste contribuţii ulterioare, astfel ca cititorul să poată trasa pe îndelete acea linie continuă a gândirii care a îmbogăţit în permanenţă psihologia psihanalitică.

Anna Freud a considerat în permanenţă ca fiind importantă punerea intuiţiilor obţinute din analiza copiilor în slujba analizei şi înţelegerii adulţilor. Aceasta s-a reflectat într-un număr de lucrări ulterioare. *Some thoughts about the place of psychoanalytic theory in the training of psychiatrists* (Câteva gânduri despre locul teoriei psihanalitice în formarea psihiatrilor) (1966) include o adresare către Fundaţia Menninger, în care Anna Freud remarcă faptul că facilităţile extinse ce puteau fi găsite acolo prezentau rezidentului în psihiatrie „întreaga scală a problemelor umane aşa cum apar ele din leagăn şi până în mormânt". Discutând aplicarea gândirii psihanalitice lucrului cu pacienţi profund tulburaţi, ea îşi demonstra din nou cunoştinţele şi interesul în psihiatria generală. Exact acest interes a fost cel care a făcut-o să-l încurajeze pe Thomas Freeman să adapteze o schemă de Profil pentru evaluarea psihozei, şi să-i cheme pe colegii terapeuţi de copii să se alăture acestuia şi altor psihiatri de adulţi, în încercarea de a detecta potenţialii precursori din copilărie ai tulburării psihotice ulterioare.

Comparaţia între tulburările copilului şi cele ale adultului a intrigat-o; gândirea sa în legătură cu acest subiect influenţase schema de profil pentru evaluarea adultului; iar în discuţia asupra lucrării *Indications and Contra-Indications for Child Analysis* (Indicaţii şi contraindicaţii pentru analiza copilului) din 1986, ea a atras atenţia asupra unor comparaţii revelatoare între temele discutate de tatăl său în *Analysis Terminable and Interminable* (Analiză terminabilă şi interminabilă) (1937) – care se restrângeau la probleme ale adulţilor care conduc la dificultăţi în analiză – şi suferinţe din copilărie care seamănă cu cele ale adulţilor mult mai fidel decât se recunoaşte adesea. Ea a remarcat că, deşi cineva ar putea să ezite să primească în tratament un adult care se află în toiul unei relaţii amoroase, era important de reamintit că copilul, croindu-şi drumul prin complexul oedipian, suporta o stare de fapt comparabilă. Deşi cineva ar fi putut ezita să primească în analiză un adult imediat după o pierdere importantă, nu se ţinea întotdeauna cont de faptul că un copil a cărui mamă tocmai dăduse naştere unui frăţior se poate afla într-o stare similară de pierdere a obiectului. Anna Freud s-a întors la această temă într-o adresare făcută către Societatea Psihanalitică din New York, în care ea a discutat *Difficulties in the Path*

of Psychoanalysis (Dificultăţi în calea psihanalizei) (1968) şi a adăugat dificultăţilor enumerate de Sigmund Freud în privinţa pacienţilor adulţi, unii factori speciali ce militează împotriva succesului în tratamentului copiilor.

Anna Freud a continuat să accentueze importanţa la copil a tulburărilor produse de frustrarea nevoilor de dezvoltare şi de către consecinţele acesteia. Ea a atras atenţia asupra diferenţelor între nevroza infantilă cu mişcările sale regresive şi compromisurile conflictuale, şi acele tulburări în care conflictele, găzduite încă în interior, diferă de acelea din nevroze prin aceea că influenţele pe care le exercită nu derivă pur şi simplu din trecut, ci sunt „acute şi în desfăşurare". Grupul cel mai dificil pentru care decizia de a recomanda o analiză este în mod special temută, este acela în care afectarea este produsă şi menţinută prin influenţa continue şi active găzduite de mediu. Ca descriere, o astfel de patologie care nu este nici psihotică, nici borderline, este de un ordin diferit de cel al nevrozelor infantile, şi poate să nu răspundă la analiza clasică decât în termenii suprastructurilor ei nevrotice. Asemenea cazuri pot necesita ceea ce Anna Freud a numit „asistenţă a dezvoltării".

În acest context, cea mai importantă dintre ultimele sale contribuţii la dezvoltarea acestor linii de gândire poate fi găsită în *The Symptomatology of Childhood* (Simptomatologia copilului) (1970) în care a pus la punct ceea ce ea a descris ca fiind „o încercare preliminară de clasificare". Ea a încercat să situeze tulburările copilului într-o perspectivă largă şi a accentuat că, de vreme ce acestea sunt mult mai puţin structurate decât tulburările adulţilor, sunt şi mai puţin potrivite taxonomiei tradiţionale decât contrapărţile lor prezente la adulţi. Deşi era conştientă de „calitatea înşelătoare a simptomatologiei manifeste" la copii, ea a adoptat totuşi viziunea că analiştii care acordau o mică importanţă prezentării de suprafaţă făceau un deserviciu diagnosticului. Ea distingea între simptomele propriu-zise şi ceea ce ea numea „alte semne de tulburare" sau „alte motive pentru referirea clinică a copilului". În prima categorie ea includea simptome ce rezultau din diferenţierea neadecvată între procesele somatice şi cele psihologice în care stresul psihic timpuriu poate fi descărcat pe canalele corporale, iar disconfortul fizic prin durere psihică; simptomele ce rezultă din formaţiunile de compromis între Sine şi Eu, exemplificate, să zicem, printr-o nevroză infantilă, în care un picior paralizat putea gratifica simbolic dorinţa inconştientă de penis, în timp ce invaliditatea aceluiaşi membru satisfăcea apărarea împotriva acestei dorinţe; simptome derivând din iruperea derivatelor Sinelui în Eu; şi alte importante grupuri de simptome incluzându-le pe cele rezultate din regresia fără apărare şi acelea care au o bază organică subiacentă. În cea de-a doua categorie – alte semne de tulburare – ea a inclus un număr de indicatori nespecifici pentru sublinierea tulburărilor, cum ar fi multiplele frici şi angoase din copilărie; întârzieri sau eşecuri în dezvoltare; eşecuri şcolare, eşecuri în adaptarea socială; şi acele diferite dureri şi suferinţe cu origini psihologice de diferite tipuri şi severităţi. În concluziile ei, ea a atras din nou atenţia asupra valorii Profilului în stabilirea acestor variate tulburări.

În timpul următorilor zece ani, toate aceste contribuţii la evaluările psihanalitice au fost subiect de extindere şi elaborare într-o varietate de contexte. Anna Freud a fost tot timpul preocupată de aplicabilitatea perfecţionării diagnosticului spre probleme de prognostic, tratament şi gestionare. În grija sa faţă de toate aceste tulburări care se puteau preta la tratament psihanalitic şi de acelea care nu erau pretabile, îşi dorea din totul sufletul să clarifice diferenţa între ceea ce, pe de o parte, putea fi numit cu uşurinţă nevroze ale copilului, iar pe de alta, tulburări ale dezvoltării în care patologia apărea ca fiind de un ordin diferit. Ea a recunoscut că aceste tulburări erau variabile în formă şi că fiecare copil în parte avea nevoie de cea mai temeinică investigaţie pentru ca tipul tulburării sale de dezvoltare să fie corect înţeles. Propriile sale studii în acest domeniu, cât şi acelea ale colegilor, au condus-o în final la avansarea unui important concept, care necesită încă o atenţie extinsă şi studiu pe mai departe. Denumirea ei pentru noul concept era, în 1979, *Mental health and ilness in terms of internal harmony and disharmony* (Sănătatea şi boala psihică în termeni de armonie sau dizarmonie internă). Ea privea sănătatea psihică în termenii unei interacţiuni armonioase între instanţele interne – adică între Sine, Eu şi Supraeu – şi între aceste instanţe şi influenţele externe. Această armonie poate fi obţinută doar dacă instanţele interne au atins şi menţinut la fiecare moment nivele comparabile de dezvoltare şi dacă influenţele externe cu care acestea interacţionează reflectă un „mediu obişnuit şi previzibil". (Hartman, 1939). Dar ea era în acelaşi timp conştientă că dezvoltarea nu era niciodată cu adevărat armonioasă, cu excepţia sensului de maturizare – aceasta însemnând în termeni de

progres atât cantitativ, cât şi calitativ. O dată ce structurarea adecvată a avut loc, instanţele se vor afla întodeauna într-o dispută latentă.

Astfel, Anna Freud nu se referea la absenţa conflictului. Ceea ce ea avea în minte era „echilibrul interior" şi a accentuat ideea a cât de dificil trebuie să fie să îl obţii „în primii ani de viaţă, când forţele ce determină dezvoltarea copilului sunt atât externe, cât şi interne" (1979). Ea a remarcat că ceea ce făcea apel la integrarea fiecăruia în parte erau „potenţialităţile inerente constituţiei înnăscute; vicisitudinle legate de structurarea gradată a personalităţii; şi influenţele emanând din mediul parental care este responsabil de atmosfera în care avansează dezvoltarea". Ea a precizat că, deşi această sarcină era una dificilă orice condiţii ar fi existat, putea fi gestionată dacă toţi sau cei mai mulţi dintre factori responsabili erau în cota normală, în privinţa „proporţiei şi calităţii" şi nu difereau semnificativ unul de celălalt în privinţa apariţiei şi progresului. De vreme ce dizpoziţiile înnăscute, diferitele modele de creştere în parte şi terenurile familiale atât de variate, sunt atât de larg divergente, acest echilibru interior nu este deloc un rezultat universal. Devierile constituţional determinate, modurile deviante de structurare şi factorii devianţi de mediu, pot conduce în ansamblu la un rezultat dizarmonic.

Dar dizarmonii apar şi din tulburări în dezvoltare produse de eşecuri în sincronizare – ca în avansarea prematură sau întârziată a fiecărei structuri în parte, în relaţie cu celelalte. Exemplele sale au susţinut acest punct de vedere. Impulsurile şi fantasmele canibale apar de obicei înainte de a exista un Eu organizat cu care să ajungă în conflict. Dacă acestea persistă dincolo de acest moment, sau întâlnesc o activitate critică a Eului ce s-a stabilit prematur, situaţia este una complet diferită. Fricile arhaice de întuneric, de singurătate şi de sunete puternice nu sunt persistente în provocarea de tulburări dacă, la momentul lor de apogeu, bebeluşului i se asigură susţinere, confort şi reasigurare din partea adulţilor care îl îngrijesc, într-un moment în care simţul realităţii este insuficient dezvoltat pentru a ţine panica în frâu. Ele devin un pericol mult mai serios pentru dezvoltare dacă copilul este neglijat sau dacă funcţionarea Eului survine prea lent pentru a permite copilului să le facă faţă.

La fel, dacă copilului i se refuză bucuria normală a fazei anale, aşa cum se poate întâmpla dacă astfel de expresii ale pulsiunii sunt condamnate de către părinţi şi contracarate printr-un accent exagerat

pus pe educarea toaletei şi prin condamnarea excesivă a agresivităţii, stadiul este situat sub controlul Eului care se opune prea devreme dezvoltării pulsiunii, şi sub cel al exigenţelor, precoce apărute, ale Supraeului. Rezultatul este o fundaţie în copilărie pentru o ulterioară personalitate obsesională, dacă nu chiar pentru o nevroză obsesională.

În viziunea Annei Freud, dizarmoniile de dezvoltare nu erau pur şi simplu o chestiune de dezechilibre între structurile înseşi sau un eşec al lumii externe de a cultiva echilibrul adecvat. Dizarmonia dezvoltării era integrată în personalitate prin funcţia sintetică a Eului. Anna Freud considera că, în aceste condiţii, dizarmonia în dezvoltare era stabilită „la bine şi la rău". Dacă nu exista nici o posibilitate de intervenţie timpurie, înainte ca o astfel de dizarmonie să fi fost stabilită pentru totdeauna, analiza la o dată ulterioară putea reuşi în ameliorarea oricărei suprastructuri nevrotice, dar dizarmonia în sine ar putea fi mult mai puţin deschisă influenţei analitice.

Dizarmonia în dezvoltare era considerată a fi mai degrabă o bază pentru tulburarea psihică viitoare, decât o tulburare specifică în drepturile sale. Aceasta putea forma un teren de creştere pentru nevroză, pentru variatele tulburări psihice de dezvoltare şi, în viziunea lui Freeman, pentru anumite tipuri de psihoze. Astfel, înţelegerea acesteia părea o completare necesară la ceea ce s-a învăţat din psihanaliză despre contribuţia psihologică la condiţiile psihiatrice de orice fel.

Cititorul acestei cărţi poate că nu va dori să urmărească toate aceste dezvoltări. Cartea în sine rămâne o declaraţie clasică, minunat de exhaustivă. Utilitatea şi valoarea sa nu depind de elaborările ulterioare. Dar pentru aceia care doresc să urmărească câteva din gândurile ce s-au dezvoltat de aici, aceste scurte note pot furniza oarecari îndrumări pentru viitoarele plăceri ale lecturii. În orice caz, aceia care se întâlnesc pentru prima oară cu această carte se pot aştepta la câteva surprize plăcute, pe când cei care o cunosc deja, dar nu o posedă, vor dori cu siguranţă să-i ofere un loc permanent, la îndemână, pe biroul lor.

CLIFFORD YORKE

British Psychoanalytical Society

Bibliografie

FREUD A. (1936). *The Ego and the Mechanism of Defence*. London, Hogart Press

——— (1966). Some thoughts about the place of psychoanalytic theory in the training of psychiatrists. *In: Writings*, 7:59.72. New York: Int. Univ. Press

——— (1968a). Indications and Contraindications for child analysis. *In: Writings*, 7:110-123. New York:

——— (1968b). Difficulties in the path of psychoanalysis: a confrontation of past with present viewpoints. *In Writings*, 7:157-188. New York: Int. Univ. Press.

——— (1979). Mental health and illness in terms of internal harmony and disharmony. In Writings, 8:110-118. New York: Int. Univ. Press.

FREUD A. & BURLINGHAM, D. (1942). *Young Children in war Time: Two Years Work in a Residential War Nursery*. London: George Allen and Unwin.

(1944). Infants without Families. London: George Allen and Unwin.

FREUD, S. (1937). Analysis terminable and Interminable. S. E. 23.216-253. London, Hogarth Press.

HARTMANN, H. (1939). *Ego psychology and the Problem of Adaptation*. New York: Int. Univ. Press.

SANDLER, J., KENNEDY, H. & TYSON, r. l. (1980). *The Tehnique of Child Psychoanalysis: discussions with Anna Freud*. London: Hogarth Press. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.

YORKE, C. (1980). The contributions of the diagnostic profile and the assement of developmental lines to child psychiatry. *Psychiat. Clinics N. America*, 3:593-603.

YORKE, C & MORAN G. (1989). *The Freudian Tradition: the Work of the Anna Freud Centre*. In preparation.

Cuvânt înainte la ediția din 1980

Circumstanțele fomării psihanalitice, ca și materialul uman observat în practica psihanalitică, tind să îndepărteze interesul analiștilor de la normal și să-i tenteze să exploreze din ce în ce mai mult nu doar enigmele nevrozelor și ale deformărilor caracterului, cât și pe acelea ale cazurilor borderline, de delicvență, de perversiuni și psihoze. Nu este ușor să îndrepți direcția acestui curent și să captezi din nou atenția colegilor asupra problemelor dezvoltării personalității obișnuite și ale adaptării la realitate.

Totuși, cel puțin în ceea ce privește analiza copiilor, aceasta mi se pare a fi sarcina viitorului. Nu doar viața sexuală și afectivă a individului este cea care trece printr-o serie de stadii, începând de la naștere până ce este atins stadiul adult. O cale similară poate fi, de asemenea, trasată pas cu pas pentru toate celelalte caracteristici care constituie emblema maturității. Deși poate fi tentant să ne imaginăm măcar câteva dintre acestea ca rezultate ale unei creșteri liniștite, investigațiile analitice ale copilului revelează că pentru majoritatea nu este așa. În mod contrar chiar, se poate demonstra că acestea sunt puncte finale ale unor procese intense și conflictuale de dezvoltare, nu foarte diferite structural de formațiunile nevrotice, care constituie compromisuri între cererile lumii interne și a celei externe.

Rămâne multă practică de realizat până când să poată fi asamblată în această manieră o imagine completă și detaliată a creșterii personalității, iar *Normal și patologic la copil* reprezintă doar un prim pas hotărât spre acest scop. Faptul că este necesară o nouă ediție a acestei cărți, poate fi luat ca un semn de speranță în direcția dorită.

Anna Freud

Londra, iulie 1979

CAPITOLUL 1

Viziunea psihanalitică asupra copilăriei: de la distanță și din prim plan

RECONSTRUCȚII DIN ANALIZE ALE ADULȚILOR ȘI APLICAȚII ALE ACESTORA

O dată cu începuturile psihanalizei, de când a fost făcută descoperirea că „istericii suferă în principal de reminiscențe" (Breuer și Freud, 1893), analiștii au fost preocupați mai mult de trecutul pacienților lor, decât de experiențele prezente, și mai mult de perioada de creștere și de dezvoltare, decât de maturitate.

Această preocupare pentru întâmplările timpurii ale vieții a fost aceea care a produs speranța în multe cercuri, că analiștii ar deveni experți în copilărie, chiar atunci când aceștia erau implicați doar în terapia adulților. Cunoașterea lor asupra proceselor dezvoltării psihice ca și înțelegerea influenței reciproce între forțele externe și interne care modelează individul era de așteptat să-i califice în mod automat de a fi în cunoștință de cauză în toate împrejurările în care erau puse la îndoială stabilitatea emoțională a copilului sau funcționarea normală a acestuia.

În ceea ce privește perioada timpurie a elaborării psihanalitice, o cercetare a literaturii de specialitate arată că se realizase destul de puțin pentru a se satisface în mod specific aceste speranțe. La acel moment, eforturile erau în întregime dedicate descoperirii de adevăruri și perfecționării tehnicii care dezgropa fapte atât de noi cum ar fi succesiunea fazelor libidinale (orală, anală și falică), complexul oedipian și cel al castrării, amnezia infantilă etc. Atâta timp cât aceste importante descoperiri își trăgeau originea din deducțiile din analizele adulților, metoda „reconstrucției" evenimentelor copilăriei a fost ținută la mare preț și a fost folosită cu consecvență pentru a produce cele mai multe dintre datele care constituie azi nucleul psihologiei psihanalitice a copilului.

Pe de altă parte, nu a durat mai mult decât unul sau două decenii de astfel de practică până când un număr de autori psihanaliști să se aventureze dincolo de granițele descoperii de adevăruri și să aplice

noua cunoaştere asupra creşterii copilului. Tentaţia de a face asta era aproape irezistibilă. Analizele terapeutice ale adulţilor nevrotici nu lăsaseră nici o îndoială asupra influenţei nefaste a multor atitudini parentale sau de mediu şi acţiuni cum ar fi lipsa de onestitate în privinţa chestiunilor sexuale, standarde morale nerealist de înalte, stricteţe sau indulgenţă exagerate, frustrări, pedepse sau comportament seductiv. Părea o sarcină fezabilă aceea de a îndepărta următoarea generaţie de copii de unele dintre aceste ameninţări prin luminarea părinţilor şi prin ameliorarea condiţiilor educaţionale şi de a concepe prin aceasta ceea ce a fost denumit cu multă speranţă „educaţia psihanalitică", destinată prevenirii nevrozei.

Încercările de a atinge acest scop nu au fost niciodată abandonate, oricât de dificile şi tulburătoare s-au dovedit a fi rezultatele lor uneori. Când privim acum retrospectiv istoria acestor încercări, după o perioadă de mai bine de patruzeci de ani, le observăm ca pe o lungă serie de încercări şi erori. O mare parte din incertitudinea care a însoţit aceste experienţe era inevitabilă. Nu era posibil în acel moment a se avea o intuiţie deplină asupra întregii reţele complicate de pulsiuni, afecte, relaţii de obiect, dispozitive ale Eului, funcţii şi apărări ale Eului, internalizări şi idealuri, cu interdependenţele reciproce dintre Sine şi Eu şi defectele rezultate din dezvoltare, regresii, angoase, formaţiuni de compromis şi distorsionări ale caracterului. Tărâmul cunoaşterii psihanalitice a crescut treptat, fiecare mică descoperire fiind adăugată la următoarea. În ceea ce priveşte aplicarea datelor relevante în problemele educaţiei şi ale profilaxiei bolilor psihice nu a existat o altă opţiune decât aceea de a înainta de asemenea pas cu pas, urmărind întotdeauna îndeaproape aceeaşi cale lentă şi laborioasă. Pe măsură ce se descopereau în activitatea clinică noi agenţi patogeni sau se ajungea la ei prin schimbări şi inovări în gândirea teoretică, aceştia erau extraşi, transpuşi în avertismente şi percepte pentru părinţi şi educatori şi deveneau parte din teritoriul educaţiei psihanalitice.

Desfăşurarea acestor extrapolări este bine cunoscută acum. Astfel, pe vremea când psihanaliza punea un accent important pe influenţa seductivă a împărţirii patului cu părinţii şi pe consecinţele traumatice ale surprinderii relaţiilor sexuale ale părinţilor, părinţii erau avertizaţi asupra evitării intimităţii corporale cu copiii lor şi a iniţierii unui act sexual în prezenţa copiilor, chiar şi a celor foarte mici. Atunci când s-a dovedit în analizele adulţilor că refuzul cunoştinţelor despre sexualitate

era responsabil pentru multe inhibiţii intelectuale, s-a recomandat o deplină clarificare asupra problematicii sexuale de la o vârstă timpurie. Când simptomele isterice, frigiditatea, impotenţa etc. au fost legate retroactiv de interdicţii şi, implicit, de refulări ale sexualităţii în copilărie, educaţia psihanalitică a introdus în programul său o atitudine blândă şi îngăduitoare faţă de manifestările sexualităţii infantile, pregenitale. Când noua teorie a instinctelor a dat agresivităţii statutul de pulsiune primară, toleranţa s-a extins şi asupra ostilităţilor violente şi timpurii ale copilului şi asupra dorinţelor sale de moarte a părinţilor sau fraţilor etc. Când angoasa a fost recunoscută ca jucând un rol central în formarea simptomului s-au făcut toate eforturile de a diminua frica copilului de autoritatea părintească. Când s-a arătat că vinovăţia ar corespunde tensiunilor între instanţele interne, a urmat o contraindicare a tuturor măsurilor educaţionale care predispuneau la producerea unui Supraeu sever. Când noua viziune structurală a personalităţii a plasat asupra Eului responsabilitatea menţinerii unui echilibru, aceasta a fost transpusă în nevoia de a cultiva în cadrul dezvoltării copilului forţe ale Eului suficient de puternice pentru a se susţine prin ele însele împotriva presiunii pulsionale.

În cele din urmă, în timpurile noastre, când investigaţiile analitice au revenit asupra evenimentelor celor mai timpurii din primul an de viaţă şi le-au pus în lumină importanţa, aceste descoperiri speciale au fost transpuse în tehnici noi, şi în anumite privinţe revoluţionare, ale îngrijirii bebeluşului.

Datorită acestei elaborări treptate şi tergiversate, ţesătura educaţiei psihanalitice n-a putut rămâne decât etern nesistematizată. Mai mult decât atât, perceptele sale şi-au schimbat în mod repetat direcţia, acentul fiind pus mai întâi asupra libertăţii activităţii pulsionale, apoi asupra forţei Eului, apoi s-a mutat din nou asupra păstrării intacte a relaţiilor libidinale. În căutarea neîncetată a descoperirii de agenţi patogeni şi a măsurilor profilactice, ultima descoperire analitică a părut întodeauna cea care promitea o soluţie mai bună şi mai desăvârşită a problemei.

Unele dintre sfaturile date părinţilor de-a lungul anilor erau consecvente între ele; altele erau contradictorii şi reciproc exclusive. Unele s-au dovedit benefice, aproape depăşind aşteptările. Astfel, educaţia psihanalitică poate număra printre succesele sale marea deschidere şi încredere între părinţi şi copii la care s-a ajuns după ce problemele sexuale au fost tratate şi discutate cu cea mai mare onestitate. O altă

victorie a fost cea asupra încăpăţânării susţinute specifică anumitor vârste timpurii care a dispărut aproape complet după ce problemele de fază anală au fost recunoscute şi educarea defecaţiei a fost efectuat mai târziu şi cu mai puţină asprime. De asemenea, anumite probleme alimentare ale copiilor au încetat să mai existe după ce hrănirea şi înţărcarea copilului s-au modificat în sensul corespondenţei mai strânse cu nevoile orale. Anumite tulburări ale somnului (cum ar fi dificultăţile la adormire) au fost înlăturate după ce a fost detensionată lupta împotriva masturbării, sugerii degetului şi a altor activităţi autoerotice.

Pe de altă parte, nu au lipsit dezamăgirile şi surprizele. Era de neaşteptat ca până şi cele mai bine intenţionate şi mai simplu exprimate lămuriri sexuale să nu fie acceptate cu uşurinţă de copii şi ca aceştia să se agăţe în continuare de ceea ce abia urma să fie recunoscut ca fiind propriile teorii sexuale care traduceau genitalitatea adultă în termenii adecvaţi vârstei de oralitate şi analitate, violenţă şi mutilare. A fost în egală măsură neaşteptat ca dispariţia conflictului datorat masturbării să aibă — pe lângă cosecinţele sale benefice — câteva efecte adverse nedorite asupra formării caracterului prin eliminarea luptelor care, în ciuda aspectelor patogene, serveau de asemenea ca un câmp de educaţie morală (Lampl-de Groot, 1950). Mai presus de orice, a scăpa copilul de angoasă s-a dovedit o sarcină imposibilă. Părinţii au făcut tot posibilul să reducă frica copiilor de ei, descoperind mai degrabă că făceau să amplifice sentimentele de vinovăţie, adică temerile copilului de propria conştiinţă. Acolo unde, la rândul său, severitatea Supraeului a fost redusă, copiii au produs cea mai profundă din toate angoasele, teama fiinţelor umane care se simt neprotejate în faţa presiunii propriilor pulsiuni.

Pe scurt, în pofida multelor avantaje parţiale, educaţia psihanalitică nu a reuşit să devină o măsură profilactică aşa cum s-a dorit a fi. Este adevărat că acei copii care au crescut sub influenţa sa au fost în anumite privinţe diferiţi de generaţiile anterioare; dar ei nu au fost mai eliberaţi de angoasă sau de conflicte şi, ca urmare, nu mai puţin expuşi la nevroză sau la alte tulburări psihice. De fapt, nu ar fi fost o surpriză dacă optimismul şi entuziasmul pentru activitatea de prevenţie nu ar fi triumfat la câţiva autori asupra aplicării stricte a perceptelor psihanalitice. Conform acestora din urmă nu există o „prevenţie a nevrozelor" pe scară largă. Însăşi diviziunea personalităţii într-un Sine, un Eu şi un Supraeu ne confruntă cu o imagine a unei structuri psihice în care fiecare parte are derivarea sa specifică, scopurile şi subordonările sale specifice şi modul său specific de funcţionare. Prin definiţie, diferitele instanţe psihice prezintă scopuri ce se intersectează unul cu celălalt şi acest fapt dă naştere dezacordurilor şi ciocnirilor interioare care ajung în conştiinţă sub forma conflictelor psihice. Acestea din urmă se întâmplă oriunde dezvoltarea structurală complexă a personalităţii a luat fiinţă. Există desigur situaţii în care „educaţia analitică" ajută copilul să-şi găsească soluţiile adecvate care veghează sănătatea psihică; dar există, de asemenea, multe altele în care dizarmonia interioră nu poate fi prevenită şi devine punctul de început pentru una sau alta dintre modalităţile de dezvoltare patologică.

APARIŢIA ANALIZEI COPILULUI ŞI CONSECINŢELE SALE

Câteva dintre îndoielile şi incertitudinile ce guvernează acest domeniu au fost risipite o dată cu introducerea analizei copiilor. Psihanaliza a făcut un pas mai aproape de furnizarea a ceea ce era prevăzut să furnizeze de la început: un serviciu de experţi ai copilului.

Aceasta a constituit de aici înainte o sursă suplimentară de material pentru o construire sistematizată a psihologiei psihanalitice a copilului, iar integrarea celor două tipuri de date, directe şi prin reconstrucţie, a devenit o sarcină recompensantă. În timp ce reconstrucţia din analizele adulţilor a evenimentelor din copilărie şi-a păstrat locul său, la aceasta s-au adăugat reconstrucţiile din analizele copiilor mai mari, cât şi descoperirile din analizele celor mai mici. Dar analiza copiilor a furnizat mai mult decât atât. Pe lângă studiul „interacţiunilor între mediul concret şi dezvoltarea capacităţilor copilului", a iniţiat o „găzduire a datelor intime despre viaţa copilului", astfel încât „fantasmele sale, la fel de bine ca şi experienţele sale cotidiene au devenit accesibile observării... doar analistul de copii a furnizat cadrul în care reveriile şi coşmarurile, jocurile şi exprimările productive ale copilului au devenit inteligibile... într-un sens mult mai concret decât au ajuns vreodată înainte accesibile înţelegerii adulte ... părţile secrete ale experienţelor copilului"[1]. De

[1] Citatele sunt din Ernst Kris (1950, p. 28); vezi de asemenea Ernst Kris (1951).

asemenea, în analiza tinerilor, atât complexele infantile, cât şi tumultul creat de ele în minte au fost descoperite ca fiind mult mai deschise vederii, nefiind încă închise conştiinţei de amnezie sau distorsionate de acţiuni mai târzii ale amintirilor ecran.

Viziunea din prim plan asupra copilăriei, care s-a dezvoltat pe parcursul anilor pe baza practicii analitice cu copiii, furnizează analistului de copii o abordare a dezvoltării personalităţii care diferă în mod subtil de aceea a colegilor care văd copiii doar prin intermediul adulţilor. Astfel, analiştii de copii nu oferă doar confirmări binevenite ale ipotezelor analitice, aşa cum era de aşteptat să se întâmple; ei au ajutat de asemenea în furnizarea deciziilor acolo unde „ipoteze alternative fuseseră avansate prin metode reconstructive."[1] Ei au reuşit în mutarea accentului aşezat în anumite locuri şi în corectarea perspectivelor (vezi Anna Freud, 1951). Şi, în final, după cum sper să arăt în ceea ce urmează mai departe, au realizat propria lor contribuţie la metapsihologia şi teoria terapiei psihanalitice.

OBSERVAREA DIRECTĂ A COPILULUI ÎN SERVICIUL PSIHOLOGIEI PSIHANALITICE A COPILULUI

În scrierile lor teoretice, a durat un timp până ce „să se ajungă la concluzia că psihologia" (şi în special psihologia psihanalitică a copilului) „nu este limitată la ceea ce poate fi câştigat prin folosirea metodei psihanalitice" (Heinz Hartman, 1950a). Cel puţin nu în practică. După publicarea celor „Trei eseuri asupra teoriei sexualităţii" (S. Freud, 1905), prima generaţie de analişti a început imediat să urmărească şi să raporteze comportamentul propriilor copii, cu precădere detaliile sexualităţii infantile, complexele Oedip şi de castrare. Educatorii şi profesorii analizaţi şi aceia care lucrau cu adolescenţi, delicvenţi şi infractori tineri, au desfăşurat această practică în anii '20 şi '30, mult înainte ca o astfel de practică să se fi dezvoltat într-o întreprindere sistematizată, aşa cum a devenit după cel de-al doilea război mondial[2].

[1] Ernst Kris (1950), citându-l pe Robert Waelder (1936).
[2] Vezi Bernfeld, Aichhorn, Alice Balint, A. Freud, la fel de bine ca şi numeroasele publicaţii în *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik*. Vienna: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1927-1937.

Totuşi, în ceea ce priveşte practica observaţională din afara cadrului psihanalitic, analistul care în mod obişnuit tratează materialele refulate şi inconştiente trebuie să îşi depăşească îndoielile înainte să-şi poată extinde interesul la comportamentul de suprafaţă. Având în vedere acest fapt, ar fi probabil folositoare o trecere în revistă a relaţiilor între psihanaliză şi observarea directă[1], aşa cum s-au dezvoltat de-a lungul anilor. La întrebarea dacă cea din urmă, şi anume scrutarea directă a suprafeţei minţii poate penetra în structură, în funcţionare şi în conţinutul personalităţii s-a răspuns la diferite momente în diferite moduri, dar, în mod special într-un mod din ce în ce mai pozitiv, în ceea ce priveşte cunoaşterea dezvoltării copilului.

Deşi nu există aici o succesiune istorică clară care să poată fi urmată, există câteva aspecte şi factori care, în parte consecutivi, în parte simultani, au fost relevanţi în această privinţă.

Concentrarea exclusivă a analistului asupra profunzimilor ascunse

În perioada timpurie a practicii psihanalitice şi mult înainte ca psihanaliza copiilor să fiinţeze, exista o tendinţă puternică de a păstra relaţiile dintre analiză şi observarea de suprafaţă complet negative şi ostile. Aceasta a fost vremea descoperirii minţii inconştiente şi a evoluţiei gradate a metodei analitice, două direcţii de lucru care erau legate într-un mod inextricabil una de cealaltă. A fost apoi sarcina pionierilor psihanalizei să evidenţieze diferenţa dintre comportamentul observabil şi impulsurile ascunse, mai degrabă decât similarităţile dintre ele, şi, mai important decât atât, să stabilească într-o primă instanţă faptul că astfel de motivaţii ascunse, adică inconştiente, există. Mai mult decât atât, această practică trebuia îndeplinită în faţa opoziţiei din partea unui public care refuza să creadă în existenţa unui inconştient la care conştiinţa nu avea acces liber sau în posibilitatea că anumiţi factori ar putea influenţa mintea fără a fi vizibili pentru observator. Cu precădere nespecialiştii erau înclinaţi să confunde trudnicele elaborări ale materialului din procesul analitic cu o presupusă capacitate nefirească a analiştilor de a vedea cele mai profunde secrete ale unui străin dintr-o privire şi persistau în această credinţă în pofida tuturor protestelor conform cărora analistul este legat de metoda sa laborioasă şi lentă de observare şi conform cărora el nu poate vedea

[1] Vezi de asemenea Heinz Hartman (1950a).

fără aceasta mai bine decât ar putea vedea un bacteriolog, lipsit de microscopul său, bacilii cu ochiul liber. Se ştia de asemenea că psihiatrii clinicieni neglijau diferenţele, de exemplu între faptul manifest al survenirii unui viol asupra unui copil de sex feminin de către tatăl său psihotic şi luptele latente inconştiente ale complexului Oedip şi să-l numească pe primul în locul celui din urmă, un „adevăr Freudian". Într-un faimos caz penal al timpului, un judecător chiar a folosit ubicuitatea dorinţelor de moarte ale fiilor împotriva taţilor lor ca pe un act de acuzaţie, fără să ia în considerare alterările psihice care sunt necesare pentru a permite impulsurilor inconştiente şi refulate să devină intenţie conştientă şi să fie descărcate în acţiune. Psihologii academicieni, la rândul lor, au încercat să verifice sau să nege validitatea complexului Oedip prin investigaţii şi chestionare, adică prin metode care prin însăşi natura lor sunt incapabile să penetreze barierele dintre mintea conştientă şi cea inconştientă şi, prin aceasta, să dezvăluie în adulţi reziduurile refulate ale luptelor emoţionale infantile.

Nici tânăra generaţie de psihanalişti din acea perioadă nu era complet liberă de înclinaţia de a confunda conţinutul inconştientului cu derivatele sale manifeste. De exemplu, în cadrul cursurilor de formare psihanalitică asupra interpretării viselor, au fost necesari ani de zile pentru ca una dintre cele mai dificile sarcini pentru formatori, aceea de a preda diferenţa între conţinutul latent şi cel manifest al visului şi de a imprima în înţelegerea studenţilor faptul că dorinţa inconştientă din vis nu va apărea la suprafaţă complet nedeghizată prin travaliul visului şi că textul visului conştient reprezintă conţinutul ascuns doar într-o manieră indirectă. Mai mult decât atât, în nerăbdarea lor de a ajunge dincolo de limitele conştiinţei şi de a face o punte peste prăpastia între suprafaţă şi profunzime, mulţi au încercat să identifice din manifestările de suprafaţă pe cel ce suferă de anumite impulsuri inconştiente, fantasme incestuoase sau sado-masochiste, angoase de castrare, dorinţe de moarte etc, încercări care, la acel moment, nu erau fezabile şi, prin urmare, duceau într-o direcţie greşită. Nu este surprinzător, că în condiţii de acest fel, toţi cei care studiau psihanaliza erau avertizaţi asupra unor asemenea încercări de observare de suprafaţă, erau învăţaţi să nu sară peste dezvăluirile psihanalitce ale conţinutrilor refulate ale pacientului şi să nu aibă în nici un fel de a face cu metode care s-ar putea constitui doar în ameninţări la adresa sarcinii principale a analistului, aceea de a perfecţiona tehnica analitică în sine.

Derivatele inconştientului ca material de observaţie

În aceeaşi perioadă sau uşor după aceasta, au apărut descoperiri şi alţi factori care au contribuit la modificarea acestei atitudini lipsite de compromis faţă de observarea de suprafaţă. De fapt, ceea ce explora analistul în scopul intervenţiei sale terapeutice nu era mintea inconştientă în sine, ci derivatele sale. Cadrul analitic, desigur, conţine aranjamentele specifice care invită şi duc mai departe producţia de asemenea derivate prin mijloacele unei relaxări complete la care este supus pacientul – suspendarea facultăţilor sale critice care face posibilă asocierea liberă, excluderea motilităţii care face posibil ca până şi cele mai periculoase impulsuri să fie verbalizate în mod inofensiv, oferirea persoanei analistului pentru transferul unor experienţe din trecut etc. Dar, în ciuda faptului că prin aceste aranjamente tehnice, derivatele inconştientului sunt mai prolifice şi devin manifeste într-o succesiune mai ordonată, revelaţiile din profunzime şi irupţiile în mintea conştientă nu sunt limitate la şedinţele analitice. În măsura în care analistul devine conştient de ubicuitatea acestora, el ajunge de asemenea predispus să le includă ca „material". În cazul adulţilor, există lapsusurile, actele ratate şi simpomatice care revelează impulsuri preconştiente sau inconştiente; există simbolurile din vise şi visele tipice al căror înţeles ascuns poate fi tradus fără vreun travaliu interpretativ. Cu copiii, mai mult decât atât, există vise simple de îndeplinire a dorinţei care revelează dorinţele subiacente; există, de asemenea, reveriile conştiente care dau informaţii despre dezvoltarea libidinală a acestora, cu distorsiuni minime. Exemple ale celor din urmă sunt reprezentate de fantasmele eroice şi de salvare care prezintă un băiat la înălţimea luptelor sale masculine; romanul de familie şi fantasmele despre gemeni (Dorothy Burlingham, 1952) care caracterizează un copil în faza de latenţă, ca fiind în proces de deziluzionare în raport cu părinţii săi; fantasmele de bătaie care fac dovada unei fixaţii la stadiul anal, sado-masochist, al sexualităţii infantile.

Întotdeauna au existat analişti care sunt adepţi mai mult decât alţii ai folosirii unor asemenea semne manifeste pentru ghicirea conţinutului inconştient. Ocazional, sunt puşi în pericol ca terapeuţi prin această tendinţă, deoarece uşurinţa cu care pot traduce indiciile îi poate tenta să acţioneze fără cooperarea deplină a pacientului, să facă scurtături către inconştient şi să ignore rezistenţele – un procedeu care merge împotriva celor mai bune tradiţii ale psihanalizei. Dar acelaşi fler pentru

inconştient care poate transforma un terapeut analitic corect într-unul „sălbatic" este unul dintre cele mai folositoare atribute ale unui observator analitic, care prin aceste mijloace va transforma manifestările de suprafaţă, altfel aride şi negratificante, într-un material semnificativ.

Mecanismele de apărare ca material de observaţie

Aparenţa manifestă a copiilor şi adulţilor a devenit chiar mai transparentă pentru analist atunci când atenţia a fost extinsă de la conţinutul şi derivatele minţii inconştiente, de exemplu de la impulsuri, fantasme, imagini etc., la metodele folosite de Eu pentru a le păstra în afara conştiinţei. Deşi aceste mecanisme sunt automate şi nu sunt conştiente prin ele însele, rezultatele pe care le obţin sunt manifeste şi uşor accesibile vederii observatorului.

Desigur, atâta timp cât mecanismul Eului aflat sub observare este *refularea*, de sine stătătoare, nimic nu devine vizibil la suprafaţă, cu excepţia absenţei tendinţelor care, conform concepţiei analistului despre normalitate, constituie ingrediente necesare ale personalităţii. Acolo unde, de exemplu, o fetiţă este descrisă de părinţii săi ca „o micuţă fiinţă afectuoasă, care nu se plânge şi nu e revendicativă", analistul va remarca absenţa vizibilă a lăcomiei şi agresivităţii specifice copilăriei. Acolo unde părinţii insistă asupra „iubirii unui frate mai mare pentru bebeluşi", analistul va căuta să vadă destinul geloziilor absente. Atunci când un copil este corect descris de părinţi ca „fiind lipsit de curiozitate şi neinteresat de chestiuni cum ar fi diferenţele între sexe, originea bebeluşilor, relaţiile între părinţi", este evident pentru noi că a fost purtată o luptă internă care a condus la o extincţie conştientă a curiozităţii sexuale normale etc.

Din fericire, există celelalte mecanisme de apărare care lasă rezultate mult mai tangibile pentru observator. Primele dintre acestea sunt *formaţiunile reacţionale* care, prin definiţie, aduc în atenţia observatorului contrapartea refulată a manifestării afişate la suprafaţă. Grija exagerată a unui băieţel „ori de câte ori tatăl trebuie să plece de-acasă noaptea, în condiţii de ceaţă" etc, este un indiciu clar al dorinţelor de moarte refulate; în acelaşi fel este şi ascultarea anxioasă în timpul nopţii, de către un copil, a respiraţiei fraţilor, care în mod neaşteptat „puteau să fi murit în somn". Sentimentele de ruşine, dezgust, milă se ştie că nu sunt dobândite de nici un copil altfel decât ca rezultate ale unor lupte interne cu exhibiţionismul, murdăria, cruzimea; apariţia lor la suprafaţă

este prin urmare un indiciu valoros de diagnostic al destinului acestor componenete ale pulsiunilor. În mod similar, *sublimările* sunt retraduse destul de uşor în impulsurile primitive semnificative de la care sunt deplasate. *Proiecţiile* la copiii mici trădează sensibilitatea lor la o multitudine de caracteristici şi atitudini nedorite etc.

Învăţând din experienţele câştigate în interiorul cadrului analitic, analiştii ajung progresiv mai alertaţi de combinaţii manifeste particulare de atitudini, adică tipuri de personalitate care pot fi identificate cu ochiul liber şi din care pot fi extrase inferenţe valide. Această cale spre înţelegere a fost mai întâi deschisă de intuiţia în rădăcinile genetice ale caracterului obsesional în care apariţia manifestă a ordinii şi curăţeniei, încăpăţânării, punctualităţii, zgârceniei, indeciziei, tendinţei de a economsi, colecta etc, trădează tendinţele inconştiente sadic-anale din care ele sunt croite. Nu era nici un motiv pentru care această constelaţie particulară, deşi prima studiată, ar fi trebuit să rămână unică în furnizarea unor linii instructive între suprafaţă şi profunzime. Era un lucru rezonabil acela de a împărtăşi speranţa că şi „alte trăsături de caracter vor ieşi la iveală în mod similar ca fiind precipitate sau formaţiuni reacţionale legate de structuri pregenitale particulare" (S. Freud, 1932).

De fapt, din 1932, când a fost scris pasajul citat, multe dintre asemenea aşteptări au fost împlinite, în special în ceea ce priveşte tipurile de caractere oral şi uretral, şi în mod special în ceea ce priveşte copiii. Dacă un copil prezintă aspecte de insaţiabilitate, lăcomie, tânjeşte, se agaţă, cere, devorează în relaţiile sale; sau dacă dezvoltă temeri de a fi otrăvit, refuzuri de a mânca etc – este evident pentru noi că punctul din dezvoltarea sa de unde pericolul izvorăşte şi îi ameninţă progresul, adică punctul său de fixaţie, se află la faza orală. Dacă el prezintă ambiţii arzătoare cuplate cu un comportament impulsiv, plasăm fixaţia sa în zona uretrală. În toate aceste situaţii, legăturile între conţinuturile refulate ale Sinelui şi structurile manifeste ale Eului sunt atât de fixe şi de imuabile încât o simplă privire de suprafaţă este suficientă pentru a permite analistului să facă presupoziţii corecte despre ceea ce se întâmplă sau s-a întâmplat, în straturile de altfel ascunse ale minţii.

Elemente ale comportamentului din copilărie ca material de observaţie

De-a lungul anilor, a ieşit la iveală „o crescândă conştiinţă a funcţiei de semn sau semnal [pe care] detaliile de comportament o pot avea pentru observator" (Hartman, 1950a). Ca un produs colateral al analizei

copilului, multe dintre acţiunile şi preocupările copiilor au devenit transparente acum, astfel încât, atunci când sunt observate, pot fi traduse în corespondentul lor inconştient din care sunt derivate. În special transparenţa formaţiunilor reacţionale a încurajat analiştii să adune elemente suplimentare care au legături atât fixe cât şi inalterabile cu nevoile specifice ale Sinelui şi cu derivatele lor.

Luând încă o dată ca punct de pornire faptul că *ordinea, sentimentul timpului, curăţenia, neagresivitatea* sunt indicii fără eroare ale conflictelor trecute cu problematica anală, este posibil să se localizeze indicatori similari ai conflictului din faza falică. De exemplu, *timiditatea* şi *modestia* care sunt formaţiuni reacţionale şi, în acest fel, răsturnări complete ale tendinţelor exhibiţioniste iniţiale; există mai departe comportamentul descris în mod curent ca *bufonerie* sau *a face pe clovnul* care, în analiză, a fost revelat ca o distorsionare a exhibiţionismului falic, cu a face pe grozavul deplasat de la o calitate a individului la unul dintre defectele acestuia. *Masculinitatea exagerată* şi *agresivitatea zgomotoasă* sunt supracompensări care trădează fricile de castrare subiacente. Plângeri de a fi fost *maltratat* sau *discriminat* sunt o apărare transparentă împotriva fantasmelor şi dorinţelor pasive. Când un copil se plânge de *plictiseală* exagerată, putem fi siguri că şi-a întrerupt în mod forţat fantasmele sale de masturbare sau activităţile masturbatorii.

Observarea comportamentului unui copil în timpul unei boli organice permite de asemenea concluzii şi despre starea sa psihică interioară. Un copil bolnav se poate întoarce către mediu pentru alinare, sau îndepărta de el către solitudine şi somn; pe oricare o va alege, prima sau ultima, trădează ceva despre starea *narcisismului* său măsurat în opoziţie cu forţa relativă a *ataşamentului său la lumea obiectală*. Supunerea în cazul bolii, fără proteste, la ordinele doctorului, la restricţiile de dietă şi motorii etc, care sunt adesea atribuite în mod eronat presupusei rezonabilităţi a copilului, se datorează atât plăcerii regresive de a fi îngrijit şi iubit în condiţii de pasivitate, cât şi *sentimentelor de vinovăţie*, adică concepţiei copilului conform căreia boala este auto-indusă, adică o *pedeapsă* binemeritată. Când un copil bolnav se îngrijeşte cu anxietate, într-un mod hipocondriac, acest fapt este un indicator sigur că se simte deficitar îngrijit de mamă şi este nesatisfăcut de îngrijirea şi protecţia ce i-a fost oferită de mediul său.

Chiar şi observarea activităţilor de joc tipice şi a jocurilor este

productivă în informaţii despre interior. Bine cunoscutele ocupaţii sublimative de pictat, modelaj, jucat cu apă şi nisip dau indicaţii despre preocupările anale şi uretrale. Demontarea jucăriilor datorată dorinţei de aşti ce este *înăuntru* trădează curiozitatea sexuală. Este semnificativă chiar şi maniera în care un băieţel se joacă cu trenuleţul său; fie că plăcerea sa principală este aceea de a înscena ciocniri (ca simboluri ale relaţiilor sexuale ale părinţilor); fie că este preocupat în mod predominant cu construirea de tunele şi linii subterane (exprimând interesul în interiorul corpului); fie maşinile şi autobuzele sale trebuiesc încărcate din greu (ca un simbol al mamei însărcinate); fie viteza şi performanţa calmă sunt preocuparea sa principală (ca simbol al eficienţei falice). Poziţia favorită a unui băiat şcolar pe *terenul de fotbal* trădează ceva despre relaţiile sale apropiate cu cei de vârsta lui, în limbajul simbolic al atacului, apărării, abilităţii sau inabilităţii de a fi competitiv, de a reuşi, de a adopta rolul masculin activ etc. Pasiunea pentru cai a unei fetiţe trădează atât dorinţele sale primitive autoerotice (dacă plăcerea sa este limitată la mişcarea ritmică a calului); sau identificarea sa cu mama care are grijă (dacă ceea ce o bucură mai presus de orice este să îngrijească calul, să-l ţesăle etc.); sau invidia sa de penis (dacă ea se identifică cu animalul mare şi puternic şi îl tratează ca pe o anexă a corpului său); sau sublimările sale falice (dacă ambiţia ei este aceea de a stăpâni calul, de a-l călări etc.).

Comportamentul copiilor faţă de *mâncare* revelează observatorului cunoscător mai mult decât o simplă „fixaţie la stadiul oral", la care se înscriu în mod obişnuit majoritatea capriciilor alimentare, şi la care lăcomia copilului este reprezentarea manifestă cea mai evidentă. Dacă se caută amănunţit, pot fi găsite şi alte elemente la fel de revelatoare. Mai mult decât orice, din moment ce tulburările alimentare sunt unele de dezvoltare[1], legate de anumite faze şi nivele de creştere ale Sinelui şi ale Eului, observarea şi explorarea lor detaliată îndeplineşte funcţia de semn sau semnal a detaliilor de comportament, la perfecţie.

Mai rămâne domeniul *hainelor*, din care pot fi extrase alte valoroase indicii. Este binecunoscut că exhibiţionismul poate fi deplasat de la corp la ceea ce îl acoperă şi apare la suprafaţă sub forma vanităţii. Dacă este refulat şi se reacţionează împotriva sa, atunci va apărea ca neglijenţă în materie de îmbrăcăminte. Sensibilitatea disproporţionată cu privire

[1] Vezi capitolul 5.

la materialele aspre şi „zgârietoare" indică erotismul refulat al pielii. La fete, neplăcerea propriei anatomii feminine se prezintă sub forma evitării hainelor feminine, a volanelor, a podoabelor sau opusul: sub forma dorinţelor excesive pentru rochii arătoase, scumpe.

Această multitudine de atitudini, atribute şi activităţi este afişată în mod deschis de copil, peste tot, atât acasă cât şi în viaţa şcolară sau în orice cadru care este ales de observator. În timp ce fiecare element este genetic legat de acel derivat pulsional care i-a dat naştere, acestea permit extragerea de concluzii directe din comportamentul copilului, asupra unei părţi din preocupările şi conflictele ce joacă un rol central în mintea sa ascunsă.

În realitate, există un asemenea aflux de date comportamentale care pot părea utile în mintea observatorului format psihanalitic, încât analiştii de copii trebuie să fie avertizaţi pentru a nu o lua razna din cauza acestora. De fapt, deducţiile de acest fel nu au utilizare terapeutică; sau pentru a o exprima şi mai ferm: sunt inutile terapeutic. A face din ele baza interpretării simbolice ar însemna ignorarea apărărilor lor pe care Eul le-a construit împotriva conţinutului inconştient, aceasta însemnând creşterea angoaselor pacientului, creşterea rezistenţelor, pe scurt, comiterea erorii tehnice a evitării interpretării psihanalitice propriu-zise. În al doilea rând, măsura acestor intuiţii nu trebuie să fie supraevaluată. Alături de elementele comportamentale care au devenit transparente, se află o multitudine de alte elemente derivate nu în mod special dintr-o anumită sursă, ci câteodată dintr-unul şi alte ori din altul dintre impulsurile subiacente, fără a fi specfic legate de vreunul dintre acestea. În afara explorării în analiză, aceste forme de comportament rămân de aici înainte fără concluzii.

Eul sub observaţie

Dacă în domeniile şi din aspectele descrise mai sus observatorul direct se descoperă a fi în dezavantaj prin comparaţie cu analistul practicant, statutul primului se îmbunătăţeşte decisiv prin includerea psihologiei Eului în practica psihanalitică. În măsura în care Eul şi Supraeul sunt structuri conştiente, observaţia directă, adică de suprafaţă, devine un instrument potrivit de explorare, în completare şi cooperare cu explorarea profunzimilor. În primul rând, nu există nici o controversă în raport cu folosirea observaţiei în afara şedinţei analitice cu privire la sfera neconflictuală a Eului, reprezentată de diferitele aparate ale Eului care servesc senzaţia şi percepţia. În pofida faptului că rezultatul acţiunilor acestora este de primă importanţă pentru internalizare, identificare şi formare a Supraeului, adică pentru procese care sunt accesibile doar în practica analitică, ele însele şi gradul de maturare atins de acestea sunt măsurabile din exterior.

În al doilea rând, în măsura în care sunt vizate funcţiile Eului, analistul este ajutat în măsură aproape egală de observaţie, atât în interiorul cât şi în exteriorul cadrului analitic. Controlul Eului copilului asupra funcţiilor motorii şi dezvoltarea vorbirii, de exemplu, pot fi evaluate prin simplă observaţie. Memoria este măsurată prin teste în măsura în care ne interesează eficienţa şi durata acesteia, în timp ce pentru a măsura dependenţa sa de principiul plăcerii (a-şi reaminti plăcerea şi a uita neplăcerea) este nevoie de investigaţie analitică. Integritatea sau defectele testării realităţii sunt revelate în comportament. Pe de altă parte, funcţia sintetică lucrează în culise, iar afectarea ei se impune a fi urmărită în analiză, cu excepţia cazurilor celor mai severe de disfuncţie, ce devin evidente.

Observarea de suprafaţă şi cea de profunzime sunt complementare de asemenea în ceea ce priveşte unele aspecte vitale, cum ar fi modurile de funcţionare psihică. Descoperirea unui proces primar şi a unuia secundar, primul guvernând travaliul visului şi formarea de simptom, cel din urmă gândirea conştientă, raţională, se datorează, desigur, practicii analitice. Dar, o dată stabilite şi descrise, diferenţa dintre cele două procese poate fi văzută şi dintr-o privire, de exemplu, în observarea extra-analitică a copiilor în cel de-al doilea an de viaţă sau a preadolescenţilor şi adolescenţilor cu înclinaţii spre delicvenţă. În ambelele tipuri de copii, alternările rapide între cele două moduri de funcţionare sunt la vedere. În momentele de repaus mental, comportamentul este guvernat de procesul secundar; în momentul în care un impuls (de satisfacere sexuală, de atac, de posesie) devine urgent, funcţionarea procesului primar preia controlul. În final, există şi acele arii de lucru în care observarea directă privită în contrast cu explorarea analitică, devine metoda de elecţie. Există limitări ale analizei[1], impuse, pe de o parte, de posibilităţile de comunicare ce se află la dispoziţia copiilor şi, pe de altă parte, de ceea ce este recuperabil în transferul analitic al

[1] Vezi de asemenea Heinz Hartmann, 1950a.

adulților și poate fi folosit pentru a reconstrui experiența infantilă. Mai presus de orice, nu există o cale foarte sigură ce conduce din analiză, la perioada preverbală. În acest domeniu, în ultimii ani, observația directă a adăugat la cunoașterea analistului multe aspecte privitoare la relația mamă-copil și la impactul influențelor mediului în primul an de viață. Mai mult, diferitele forme ale angoasă de separare timpurii au devenit vizibile pentru prima dată în instituțiile de îngrijire, creșe, spitale și nu în analiză. Astfel de lămuriri își datorează existența observației directe. Pe de altă parte, observația diectă este datoare la rândul ei faptului că nici una dintre aceste descoperiri nu a fost făcută înainte ca observatorii să fi fost pregătiți analitic și că cele mai importante adevăruri, cum ar fi succesiunea fazelor dezvoltării libidinale și complexele infantile în ciuda derivatelor lor manifeste, au rămas ignorate de către observatori până când ele au fost reconstruite din travaliul analitic.

Există de asemenea situații în care observația focalizată, studiul longitudinal și analiza copilului lucrează în combinație. Obținem informațiile cele mai complete dacă înregistrările detaliate ale comportamentului copilului sunt urmate de analiză în copilăria mai târzie, iar rezultatele comparate; sau dacă analiza unui copil servește sub forma unei introduceri la un studiu detaliat longitudinal al comportamentului manifest. Este un avantaj în plus că în astfel de experimente cele două metode (analiza versus observarea directă) servesc una pentru cealaltă[1] ca o atât de necesară verificare.

[1] Vezi în acest domeniu studiile realizate de Ernst și Marianne Kris în Centrul de Studiu al Copilului, Yale Universitiy, USA și în Hampstead Child-Therapy Clinic, Londra, Anglia. [Hampstead Child-Therapy Clinic - Clinica de Terapia Copilului din Hampstead (N.t.).]

CAPITOLUL 2

Relațiile între analiza copilului și analiza adultului

PRINCIPIILE TERAPEUTICE

Deși diferențele între analiza copilului[1] și cea a adultului au apărut în mod gradat în prim plan, tocmai analiștii de copii nu s-au grăbit să proclame independența procedurii lor de la tehnica clasică. În mod contrar, tendința era în mod principal aceea de a accentua asemănările sau aproape identitatea celor două procese.

Părea aproape o chestiune de prestigiu pentru acei analiști care erau implicați și în tratarea copiilor de a susține faptul că se se simțeau legați de aceleași principii[2] terapeutice, la care erau angajați în cadrul analizei adulților.

Traduse în termenii analizei copilului, aceste principii implică:

(i) a nu face uz de autoritate și a elimina în consecință, pe cât posibil, sugestia ca un element al tratamentului;

(ii) de a discredita abreacția ca instrument terapeutic;

(iii) de a păstra manipularea (gestionarea) pacientului la minimum, adică a interfera cu situația din viața copilului doar atunci când acționează influențe periculoase sau potențial traumatice (seductive) demonstrabile;

(iv) de a considera analiza rezistenței și a transferului, cât și interpretarea materialului inconștient, ca instrumente legitime ale terapiei.

Cu o tehnică a analizei copilului guvernată de aceste considerații, analiștii de copii se pot simți satisfăcuți că nu poate exista definiție mai bună a acțiunilor lor decât aceea folosită pentru analiza clasică: a analiza rezistența Eului în fața conținutului Sinelui și a permite travaliului de interpretare să se miște liber între Eu și Sine, urmând apariția materialului; a aborda de la suprafață în profunzime; a oferi persoana analistului

[1] În tot ceea ce este precizat aici și mai departe despre analiza copilului, mă refer doar la acel tip de care eu sunt legată, și nu la alte varietăți de tehnică și la teoriile derivate din acestea.

[2] Vezi Edward Bibring (1954).

ca un obiect de transfer pentru resuscitarea şi interpretarea fantasmelor şi atitudinilor inconştiente; a analiza impulsurile pe cât posibil în starea de frustrare şi de a evita ca ele să fie puse în act şi gratificate; de a aştepta uşurarea tensiunii nu prin catharsis, ci prin ridicarea materialului de la nivelul funcţionării sale în procesul primar, la procese secundare ale gândirii; pe scurt: a transforma conţinutul Sinelui în conţinut al Eului.

TENDINŢELE CURATIVE

Chiar dacă analiza copiilor este similară analizei adulţilor în privinţa principiilor care stau la baza coordonării situaţiei, analiza copilului diferă de analiza adulţilor în ceea ce priveşte alte condiţii fundamentale ale terapiei. Conform unei formulări foarte utile a lui E. Bibring (1937), psihanaliza cu adulţii îşi datorează succesul său terapeutic eliberării unor forţe particulare care sunt în mod normal prezente în interiorul structurii personalităţii şi care lucrează în mod spontan în direcţia vindecării. Aceste „tendinţe curative", după cum le-a numit E. Bibring, dacă sunt însoţite de tratament, sunt exploatate în scop analitic. Ele sunt reprezentate de nevoile interioare ale pacientului de a-şi completa dezvoltarea, de a atinge satisfacerea pulsională şi de a repeta experienţa emoţională; de preferinţa sa de a fi normal, mai degrabă decât anormal; de abilitatea sa de a asimila şi integra experienţa; şi de a externaliza părţi ale propriei sale personalităţi asupra obiectului.

Exact în această privinţă copiii diferă de adulţi, iar aceste diferenţe sunt menite să afecteze reacţiile terapeutice în cele două tipuri de tratament. Pacientul adult nevrotic luptă pentru *normalitate* pentru că aceasta păstrează pentru el promisiunea plăcerii în sex şi a succesului în practică, în timp ce pacientul copil poate vedea „a se face bine" în termenii neplăcuţi ai faptului de a trebui să se adapteze la o realitate neplăcută şi să renunţe la îndeplinirile imediate ale dorinţei şi la beneficiile secundare. Tendinţa adultului de *a repeta,* care este importantă pentru crearea transferului, este complicată la copil de foamea sa de *experienţe noi* şi de obiecte noi. *Asimilarea* şi *integrarea,* care sunt ajutoare esenţiale ale fazei de „perlaborare", sunt contracarate în copil de accentul specific vârstei asupra mecanismelor opuse cum

ar fi *negarea, proiecţia, izolarea, clivajul Eului.* Necesitatea de a obţine satisfacerea pulsională, care justifică răbufnirile din Sine şi care este indispensabilă pentru producerea de material în general, este atât de puternică la copii, încât devine mai degrabă o piedică decât un avantaj în analiză. De fapt, analiza copilului ar primi foarte puţin ajutor de la forţele curative, dacă nu ar exista o excepţie care să restabilească echilibrul. Prin definiţie, şi datorită proceselor de maturizare, necesitatea de a *desăvârşi dezvoltarea* este nemăsurat mai puternică la cel imatur decât va mai fi vreodată în viaţa adultă. La adultul nevrotic, cantităţi de libido şi de agresivitate, împreună cu contrainvestiri împotriva lor, sunt închise în simpomatologia sa; noua energie pulsională, imediat ce a fost produsă, este forţată în aceeaşi direcţie. În schimb, personalitatea nedefinitivată a copilului se află într-o stare fluidă. Simptomele care servesc ca soluţii la conflicte la un anumit nivel de dezvoltare se dovedesc inutile la următorul şi se renunţă la ele. Libidoul şi agresivitatea sunt într-o permanentă mişcare şi mult mai predispuse decât la adulţi să curgă în noile canale care sunt deschise prin terapia analitică. De fapt, acolo unde patologia nu este prea severă, analistul de copii se va întreba după încheierea cu succes a tratamentului cât de mult din ameliorare poate pretinde că este urmarea măsurilor sale terapeutice şi cât de mult trebuie să subscrie mişcărilor de dezvoltare spontane şi de maturizare.

TEHNICĂ

Comparativ cu asemenea elemente esenţiale, mult discutatele diferenţe de tehnică între analiza copilului şi cea a adulţilor par aproape de importanţă secundară. Este de aşteptat ca, având în vedere imaturitatea lor, copiilor să le lipsească multe dintre calităţile şi atitudinile care, la adulţi, sunt considerate a fi indispensabile pentru a desfăşura o analiză: faptul că ei nu au intuiţie asupra anormalităţilor lor; că, în consecinţă, ei nu dezvoltă aceeaşi dorinţă de a se face bine şi acelaşi tip de alianţă terapeutică; că în mod obişnuit Eul lor este de partea rezistenţelor; că ei nu decid pe cont propriu să înceapă, să continue sau să încheie tratamentul; că relaţia lor cu analistul nu este exclusivă, ci include părinţii, care trebuie să înlocuiască sau să suplimenteze Eul sau Supraeul

copilului în anumite circumstanţe. Orice istorie de analiză a unui copil este mai mult sau mai puţin sinonimă cu istoria eforturilor de a depăşi şi contracara aceste dificultăţi.

Absenţa asocierii libere

Caracteristicile copilăriei, menţionate mai sus, oricât de importante ar fi, joacă un rol minor în variaţiile de tehnică de la analiza adultului la cea a copilului, comparativ cu un factor major: inabilitatea sau lipsa de voinţă a copilului de a produce asociere liberă. Copiii pot povesti vise sau reverii cum fac adulţii, dar fără asociere liberă nu există o cale viabilă de la conţinutul manifest la cel latent. Ei pot comunica verbal, după ezitări iniţiale, dar fără asociere liberă aceasta nu îi va purta dincolo de limitele minţii conştiente. Atitudinea fără compromis faţă de asocierea liberă se întâlneşte la toţi copiii, fie pentru că ei nu au suficientă încredere în propria forţă a Eului pentru a suspenda cenzura, fie pentru că nu au suficientă încredere în adulţi pentru a fi sinceri cu aceştia.

Din câte ştiu eu, de-a lungul anilor nu s-a descoperit nici un remediu pentru această lipsă. Jucatul cu jucării, desenatul, pictatul, punerea în scenă a unor jocuri fantasmate, jocul de roluri în transfer, au fost introduse şi acceptate în locul asocierii libere şi *faute de mieux*[1], analiştii de copii au încercat să se convingă ei înşişi că acestea reprezintă substitute valide pentru asocierea liberă. În realitate, ele nu sunt acelaşi lucru. Unul dintre dezavantaje este cel că unele dintre aceste modalităţi de comportament produc în principal material simbolic şi că acesta introduce în analiza copilului elementele de îndoială, incertitudine, arbitrariu, care sunt inseparabile de interpretarea simbolică în general. Un alt dezavantaj constă în faptul că, sub presiunea inconştientului, copilul *acţionează* în loc să vorbească şi asta din nefericire introduce limite în situaţia analitică. În timp ce libertatea asocierii verbale însoţită de reţinerea motilităţii este practic fără limite, la acelaşi principiu neputându-se adera atâta timp cât se ia în discuţie acţiunea motorie în interiorul şi în afara transferului. Acolo unde copilul pune în pericol siguranţa sa sau a analistului, provoacă distrugeri mari ale bunurilor sau încearcă să seducă sau să provoace seducţia, analistul de copii nu se poate opri să nu intervină, în pofida celei mai mari stăpâniri de sine

[1] În franceză, în original (N.t.).

şi ale celor mai bune intenţii contrarii şi chiar dacă materialul cel mai valoros ar ieşi la suprafaţă în acest fel. Cuvintele, gândurile şi fantasmele egalează visele în lipsa de impact asupra realităţii, în timp ce acţiunile aparţin unei categorii diferite. Nu este de nici un ajutor să promiţi pacienţilor copii că pot lăsa toate constrângerile la o parte în timpul şedinţei de analiză şi – în paralel cu autorizaţia de a vorbi dată în analiza adulţilor – „că pot *face* ce vor". Copilul îl va convinge repede pe analist că o asemenea libertate de acţiune nu este fezabilă şi că promisiunea nu poate fi ţinută.

Se sugerează şi o altă diferenţă între cele două tehnici, o diferenţă căreia nu i s-a dat o prea mare atenţie. În timp ce asocierea liberă pare să elibereze în primul rând fantasmele sexuale ale pacientului, acţiunea liberă – chiar dacă oarcum liberă – acţionează într-un mod paralel asupra tendinţelor agresive. Ceea ce copiii pun în act într-un mod copleşitor în transfer este în consecinţă agresivitatea lor, sau partea agresivă a pregenitalităţii lor care îi îndeamnă să atace, să dea, să lovească cu piciorul, să scuipe şi să provoace analistul. Tehnic, acestea creează dificultăţi, în măsura în care un timp valoros de tratament trebuie adesea cheltuit cu eforturile de a controla excesele de agresivitate pe care toleranţa analitică le-a eliberat iniţial. Teoretic, această legătură între trecerea la act şi agresivitate poate produce o imagine părtinitoare asupra proporţiei între libido şi agresivitate în copil.

Că aceste treceri la act care nu conduc la interpretare, sau pentru care interpretarea nu este acceptată, nu sunt benefice este un fapt de nedisputat, desigur. Deşi sunt adecvate vârstei ca expresie şi în consecinţă normale, ele nu conduc la insight sau schimbare. Dar credinţele contrarii, care sunt reziduurile perioadei cathartice ale psihanalizei, au persistat în analiza copilului în anumite locuri, mult după ce s-a renunţat la ele în analiza adulţilor.

Interpretare şi verbalizare

Faptul că sarcina analistului de a interpreta materialul inconştient este aceeaşi în raport cu copiii şi cu adulţii, este o afirmaţie care necesită anumite amendamente şi clarificări. Ea este adevărată, evident, doar dintr-o perspectivă. Şi cu copiii scopul analizei rămâne acela al extinderii conştiinţei, fără de care controlul Eului nu poate fi crescut. Acest scop trebuie să fie atins, chiar dacă obstacolele tehnice, cum ar fi absenţa

asocierii liberei şi intensitatea trecerii la act, vor creşte dificultatea acestei întreprinderi.

Diferenţa între cele două tehnici constă nu în scop, ci în tipul de material care iese la suprafaţă pentru a fi interpretat. Cu adulţii, analiza tratează pe distanţe lungi un material aflat sub refulare secundară, adică prin a desfiinţa apărările împotriva derivatelor Sinelui care au fost respinse din conştiinţă într-un moment sau în altul. Numai ajunsă acolo, ea poate acţiona asupra elementelor aflate sub refulare primară, care sunt preverbale, care nu au făcut niciodate parte din Eul organizat şi nu pot fi „reamintite", ci doar retrăite în cadrul transferului. Deşi acest procedeu este acelaşi cu copiii mai mari, el diferă cu cei mai mici, la care proporţia elementelor de primul şi de-al doilea tip, cât şi ordinea apariţiei lor în analiză, este inversată.

Eul copilului mic are sarcina, în dezvoltare, de a stăpâni, pe de o parte, orientarea în lumea externă şi, pe de altă parte, stările haotice emoţionale care există în interiorul lui însuşi. Reputează victorii şi avansează atunci când strânge astfel de impresii, puse în gânduri sau cuvinte şi supuse procesului secundar.

Dintr-o multitudine de motive, copiii mici vin în tratamentul analitic cu această dezvoltare, întârziată sau incompletă. Cu ei, procesul interpretării propriu-zise merge mână în mână cu verbalizarea numeroaselor conflicte care, în acest fel, nu sunt incapabile de a ajunge conştiente (adică, sub refulare primară), dar nu au reuşit încă să ajungă la statutul de Eu, conştiinţă şi elaborare secundară.

Importanţa verbalizării lor pentru dezvoltarea timpurie a fost în mod special accentuată de Anny Katan (1961) care insistă că momentul când are loc formarea Supraeului depinde, într-o anumită măsură, de momentul în care copilul obţine abilitatea de a înlocui procesul primar de gândire cu procesul secundar de gândire; se ştie că verbalizarea este condiţia esenţială pentru procesul secundar de gândire; că verbalizarea percepţiilor lumii externe precede verbalizarea conţinutului lumii interne; şi că acesta din urmă, la rândul său, promovează testarea realităţii şi controlul Eului asupra impulsurilor Sinelui. De fapt, pătrunderea în rolul pe care îl joacă verbalizarea în dezvoltare, nu este în nici un fel nouă în analiză; o regăsim remarcată pentru prima dată în următorul citat: „omul care a aruncat pentru prima oară un cuvânt de insultă duşmanului său, în locul unei lovituri, a fost fondatorul civilizaţiei" (S. Freud, 1893, p. 36).

În timp ce verbalizarea ca parte a interpretării inconştientului refulat aparţine analizei la toate vârstele, verbalizarea în sensul de mai sus joacă un rol specific în analizele tuturor copiilor care încep o analiză la o vârstă şi un stadiu de dezvoltare foarte timpurii sau cu severe întârzieri, opriri sau defecte ale dezvoltării Eului.

Rezistenţele

În privinţa rezistenţelor, speranţele iniţiale, conform cărora analistul de copii ar avea o muncă uşoară în această chestiune, nu au fost împlinite. Inconştientul copilului nu a dovedit că ar fi mai puţin strict separat de conştiinţă decât cel al adulţilor. Aducerea derivatelor Sinelui la suprafaţă în timpul şedinţei analitice nu a fost ceva simplu de realizat. În mod contrar chiar, forţele opuse analizei sunt, în orice caz, mai puternice la copii decât la pacienţii adulţi.

Rezistenţele în analizele adulţilor sunt în mod obişnuit urmărite în funcţie de procesele interne sau de instanţele care le dau naştere. *Eul* rezistă la analiză pentru a asigura apărările fără de care neplăcerea, angoasa şi vinovăţia, care fuseseră îndepărtate, ar trebui înfruntate din nou. *Supraeul* ia permisiunea analitică pentru gânduri şi fantasme drept ameninţare la adresa existenţei sale. *Derivatele pulsionale* din interiorul sau din afara transferului, deşi eliberate de procesul analitic, acţionează ca rezistenţe împotriva lui, dacă acestea presează pentru satisfacerea lor în acţiune, în loc să se oprească atunci când au servit scopului de insight. De asemenea, Sinele rezistă schimbării, pentru că este legat de principiul repetiţiei.

Copiii împart toate aceste rezistenţe legitime cu adulţii, unele dintre ele intensificate, variate şi extinse. Ei adaugă, mai departe, o serie de dificultăţi şi obstacole care sunt specifice pentru situaţia internă şi externă a unui individ în dezvoltare:

(i) În măsura în care copilul nu începe o analiză din propria sa voinţă, şi nu face nici un contract cu analistul, el nu se simte legat de nici o regulă analitică.

(ii) În măsura în care copilul nu are o viziune de lungă durată a vreunei situaţii, în prezent, disconfortul, greutatea şi angoasa cauzate de tratament cântăresc mai greu pentru el, decât ideea unui beneficiu în viitor.

(iii) În timp ce, adecvat vârstei, copilul acţionează în loc să vorbească, „trecerea la act“ domină analiza, cu excepţia copiilor obsesionali[1].

(iv) În măsura în care Eul imatur al copilului nu este echilibrat într-un mod sigur între presiunile interioare şi cele exterioare, el se simte mult mai ameninţat de analiză decât adultul şi apărările sale sunt păstrate mult mai rigid[2]. Acestea se referă la întreaga copilărie, dar sunt resimţite cu o intensitate specială la începutul adolescenţei. Pentru a se apăra de apropiata creştere în activitatea pulsională, adolescentul îşi fortifică în mod normal apărările sale şi, o dată cu ele, rezistenţa la analiză.

(v) În timp ce pe tot parcursul copilăriei, metodele de apărare mai primitive cotinuă să opereze în paralel cu cele mai mature, rezistenţele Eului bazate pe apărări sunt crescute ca număr, comparativ cu cele ale adultului.

(vi) Din moment ce, în mod obişnuit, Eul său este de partea rezistenţelor, orice copil doreşte să fugă din analiză în momentele de presiune ridicată a materialului inconştient sau de transfer negativ intens şi ar face aşa dacă nu ar fi ţinut în tratament cu ajutorul părinţilor.

(vii) În măsura în care nevoia de a se extinde şi de a respinge trecutul este mai mare în anumite perioade de dezvoltare decât în timpul altora, rezistenţa copilului la analiză fluctuează corespunzător. O situaţie de acest fel este faza de tranziţie între perioada oedipiană şi cea de latenţă. Conform dictatelor dezvoltării, trecutul infantil este încuiat acolo, repudiat şi acoperit de amnezie; conform dictatelor analizei, comunicarea cu trecutul trebuie păstrată deschisă. În consecinţă, ciocnirea dintre cele două ne preocupă. Pentru copilul nevrotic sau altfel perturbat, nevoia de terapie nu scade în acest moment, dar voinţa sa de a urma-o, da.

Acelaşi lucru se întâmplă în timpul adolescenţei, când adolescentul are nevoie să se îndepărteze de obiectele sale infantile, în timp ce analiza promovează retrăirea relaţiilor infantile în transfer. Aceasta este resimţită ca o deosebită ameninţare de pacient şi cauzează frecvent întreruperea abruptă a tratamentului.

(viii) În timp ce toţi copiii tind să-şi externalizeze conflictele lor interioare sub formă de bătălii cu mediul, ei caută mai mult soluţii din partea mediului, care sunt preferate schimbărilor interne. Când predomină această apărare, copilul arată o totală lipsă de voinţă de a urma analiza, o atitudine care este luată de multe ori în mod eronat drept „transfer negativ“ şi (fără succes) interpretată ca atare.

În acest context, analistul de copii este confruntat cu multe situaţii dificile de tratament, care îl pun la încercare. Ceea ce simte cel mai acut este faptul că trebuie să se descurce pe lungile căi ale analizei fără o alianţă terapeutică cu pacientul său.

[1] Vezi deasupra: acţiune în locul asocierii libere.
[2] Vezi deasupra: refuzul asocierii libere.

Transferul

Învăţând din experienţă, eliminând faza introductivă (exceptând anumite cazuri) şi prin folosirea deliberată a analizei apărărilor (Bornstein, 1949) ca pe o introducere, mi-am modificat opinia mea mai veche, că transferul în copilărie este restrâns doar la „reacţii transferenţiale“ şi că nu s-ar dezvolta până la statutul său complet de „nevroză de transfer“. Totuşi, nu sunt încă convinsă că ceea ce se numeşte nevroză de transfer la copii este echivalentă în toate privinţele cu cea de la adulţi. La întrebarea dacă este aşa sau nu este şi mai greu de răspuns, din moment ce răspunsul este ascuns de două dintre particularităţile analizei copilului, menţionate anterior: fără folosirea asocierii libere în material nu vor apărea toate dovezile transferului copilului; şi datorită trecerii la act a copilului în locul asocierii, transferul agresiv este supraaccentuat şi îl umbreşte pe cel libidinal.

În privinţa tratamentului adulţilor, poziţia cu privire la transfer a constituit un subiect controversat în ultimii ani. Unii dintre noi mai aderă încă la credinţa mai ortodoxă că la începutul tratamentului există o relaţie reală (doctor–pacient), care în mod gradat şi crescând devine distorsionată prin adăugarea elementelor libidinale regresive şi agresive care sunt transferate din trecut asupra persoanei analistului şi că aceasta continuă până când în nevroza de transfer deplin formată, relaţia reală este complet submersă celei nerealiste. Se aşteaptă ca prima să se restabilească la sfârşitul tratamentului după ce elementele infantile au fost detaşate de ea, prin interpretare, şi după ce fenomenele de transfer şi-au îndeplinit sarcina ce le-a fost dată: să furnizeze insight.

O perspectivă mai nouă se aşteapă ca manifestările de transfer să fie puse în evidenţă de la iniţierea analizei şi să aibă nevoie de interpretare în acest fel, şi nu doar în comparaţie cu atitudinile realiste pe care le înlocuiesc. Fiind considerate de primă importanţă, ele împing în exte-

rior aproape toate celelalte surse de material ale analistului şi devin „calea regală către inconştient", un titlu de onoare care în trecut fusese rezervat viselor. În situaţii extreme, implicarea analistului în raport cu acest aspect al tratamentului poate deveni atât de importantă încât analistul se află în pericolul de a uita că transferul este un mijloc spre un scop, şi nu o măsură terapeutică în sine.

Aceste perspective asupra transferului mi se par a fi bazate pe trei presupuneri:

(1) că orice s-ar întâmpla în cadrul structurii personalităţii pacientului poate fi analizat în termenii relaţiei de obiect cu analistul;

(2) că toate nivelele relaţiei de obiect sunt în mod egal deschise interpretării şi schimbate de ea în aceeaşi măsură;

(3) că singura funcţie a figurilor din mediu, şi fără a avea vreo alta, este de a fi recipiente ale investirilor libidinale şi agresive.

Verificând aceste consideraţii în contextul experienţei analistului de copii, ele pot aduce oarece lumină asupra relevanţei lor pentru adulţi.

ANALISTUL DE COPII CA UN OBIECT NOU

În analiza copilului, mai mult decât în aceea cu adulţii, devine evident că persoana analistului este folosită de către pacient într-o varietate de moduri.

După cum am discutat mai înainte[1], toţi indivizii, pe măsură ce se dezvoltă şi se maturizează, au o foame pentru *experienţe noi* care este la fel de puternică pe cât este şi nevoia de *a repeta.* Prima este o parte importantă a dotării normale a copilului; totuşi, dezvoltarea nevrotică înclină balanţa în favoarea ultimei. Copilul care începe o analiză vede în analist un obiect nou şi îl tratează ca atare, în măsura în care posedă o parte sănătoasă în personalitatea sa. El îl va folosi pe analist pentru repetiţie, adică transfer, în măsura în care apar în scenă nevroza sau alte tulburări. Relaţia dublă nu este manevrată cu uşurinţă de către analist. Dacă el acceptă statutul de obiect nou, diferit de părinţi, va interfera fără îndoială cu reacţiile transferenţiale. Dacă ignoră sau respinge această parte a relaţiei, îl dezamăgeşte pe pacientul copil în

[1] Vezi acest capitol, *Tendinţele curative.*

aşteptările sale, pe care acesta le simte legitime. El riscă apoi să interpreteze elemente de comportament ca transferate, deşi acestea nu sunt transferate. A învăţa cum trebuie să sorteze amestecul şi cum să se mişte cu grijă între cele două roluri care îi sunt atribuite sunt elemente esenţiale ale formării tehnice a oricărui analist de copii.

Elementul de „obiect nou", adică atitudinile faţă de analist care nu sunt transferenţiale, nu sunt absente din analiza adulţilor şi punerea lui în lumină este folositoare. Dar foamea pentru experienţe noi nu este în individul matur nici aşa de puternică, nici aşa de centrală cum este în copil. Când aceasta pătrunde în relaţia cu analistul, ea serveşte în mod obişnuit funcţiei rezistenţei.

ANALISTUL DE COPII CA OBIECT AL TRANSFERULUI LIBIDINAL ŞI AGRESIV

În ceea ce priveşte transferul propriu-zis, în decursul analizei, copiii ca şi adulţii repetă prin mijloacele regresiei şi pun în scenă în jurul persoanei analistului relaţiile lor de obiect de la toate nivelele de dezvoltare. Narcisismul, unitatea cu mama, împlinirea nevoii, constanţa obiectului, ambivalenţa, stadiul oral, anal şi falic-oedipian, toate dau elemente contributive care intră în situaţia analitică într-un moment sau în altul, uneori în ordine inversată, dar şi conform cu tipul de tulburare, adică cu profunzimea regresiei în care se găseşte copilul la începutul tratamentului. Pe lângă faptul că furnizează informaţii despre cel mai semnificativ dintre nivelele ce au contribuit la patogeneza individului, diferitele tendinţe transferate colorează situaţia analitică fiecare în felul său. Auto-suficienţa narcisică apare sub forma retragerii din lumea obiectelor, incluzându-l pe analist, ca barieră la efortul analitic. Atitudinile simbiotice reapar ca dorinţă de fuziune completă şi neîntreruptă cu analistul; la adulţi aceasta este adesea exprimată ca o pledoarie pentru hipnoză. Reapariţia dependenţei anaclitice se dovedeşte a fi o dificultate specială în analiză. Aceasta se deghizează ca dorinţă de a fi ajutat, dar datoria de a ajuta este plasată asupra analistului. În schimb, pacientul (adult sau copil) este gata să rupă legătura emoţională imediat ce i se cer eforturi şi sacrificii. Întoarcerea la atitudinile orale alimentează atât revendicativitatea pacientului faţă de analist,

cât şi insatisfacţia faţă de ceea ce este oferit (la copil pentru materialul de joc etc., la adult pentru atenţie); transferul tendinţelor anale introduce încăpăţânarea pacientului, reţinerea materialului, provocările, atacurile ostile şi sadice care creează dificultăţi analistului, nu atât în cazul asocierii libere la adult cât cu pacientul copil care trece la act. Nevoia de a fi iubit şi frica de pierdere a obiectului sunt transferate ca sugestibilitate şi complianţă faţă de analist; în ciuda aparenţei lor pozitive, ambele sunt temute de analist, lucru justificabil din moment ce sunt responsabile de îmbunătăţiri transferenţiale înşelătoare. Pe scurt, pregenitalitatea şi tendinţele preoedipiene introduc în relaţia transferenţială întreaga găzduire a elementelor negative şi aproape „de rezistenţă". În contrast cu acestea, sunt elementele benefice la care contribuie şi apariţia în transfer a constanţei obiectului şi a atitudinilor aparţinând complexului oedipian pozitiv şi negativ, cu achiziţiile coordonate ale Eului de auto-observare, insight şi funcţionare a procesului secundar. Acestea vor cimenta alianţa terapeutică cu analistul şi o vor fac să reziste la toate suişurile şi coborâşurile, ca şi la vicisitudinele terapiei.

Conform raţionamentului de mai sus, este necesar ca elementele preoedipiene ale transferului să fie interpretate înaintea celor oedipiene. Aceasta, probabil, poate fi luată ca o variaţie de la recomandarea tehnică, timpurie, a lui Freud, de a analiza transferul în momentul în care el este folosit pentru scopurile rezistenţei. Aceasta se aplică, desigur, atât analizelor de copii, cât şi celor de adulţi.

Pentru analistul de copii, lucrurile menţionate anterior explică unele dintre dificultăţile tehnice experimentate cu cei mai mici înainte de a fi atins nivelul falic-oedipian şi cu aceia mai mari a căror dezvoltare fusese blocată (în contrast cu regresia) la nivele preoedipiene. Nu se poate aştepta de la nici un tip de copil să răspundă la o metodă care este bazată pe cooperare voluntară cu analistul, adică pe atitudini neachiziţionate încă, şi deci trebuiesc introduse pentru ei ameliorări ale tehnicii. S-a învăţat foarte mult în acest domeniu din tratamentul copiilor deprivaţi, fără mamă, fără casă, din lagărul de concentrare. S-a descoperit că aceşti pacienţi care nu au obţinut niciodată constanţa obiectului în relaţiile lor nu erau capabili să stabilească o alianţă terapeutică fermă şi durabilă cu analiştii lor, în transfer (vezi Edith Ludowyk Gyomroi, 1963).

ANALISTUL DE COPII CA OBIECT PENTRU EXTERNALIZARE

Nu toate relaţiile stabilite sau transferate de un copil în analiză sunt relaţii de obiect, în sensul în care analistul devine investit cu libido sau cu agresivitate. Multe sunt datorate externalizării, adică proceselor în care persoana analistului este folosită pentru a reprezenta o parte sau alta a structurii[1] personalităţii pacientului.

Atâta timp cât analistul îl „seduce" pe copil prin tolerarea libertăţii de gândire, fantasmelor şi acţiunii (ultima în anumite limite), el devine reprezentantul *Sinelui* copilului, cu toate implicaţiile pozitive şi negative pe care îl are acest fapt pentru relaţie. Atâta timp cât verbalizează şi ajută la lupta cu angoasa, el ajunge un *Eu auxiliar* de care copilul se agaţă pentru protecţie. Datorită faptului că este un adult, analistul este văzut şi tratat de copil şi ca un Supraeu extern, adică în mod paradoxal judecătorul moral al derivatelor care au fost eliberate prin propriile sale eforturi.

Copilul re-pune în scenă astfel conflictele lui interne (intersistemice) prin lupte externe cu analistul, proces care furnizează material folositor. Interpretarea acestor externalizări în termeni de relaţii de obiect în cadrul transferului reprezintă o greşeală, chiar dacă la origine toate conflictele din structură îşi au sursa în relaţiile cele mai timpurii. În momentul terapiei, importanaţa lor constă de fapt în calitatea de a revela ce se întâmplă în lumea internă a copilului, în relaţiile dintre instanţele lui interne, în contrast cu relaţiile emoţionale cu obiecte din lumea externă.

Analistul de adulţi nu este nefamiliarizat cu externalizarea conflictelor intersistemice, cât şi intrasistemice, la pacienţii săi. Cei cu nevroze obsesionale severe pun în scenă certuri între ei şi analiştii lor despre probleme minore pentru a scăpa de indeciziile lor dureroase, interioare, cauzate de ambivalenţă. Conflicte între activ şi pasiv, luptele între masculin şi feminin sunt externalizate, atribuindu-i analistului dorinţa pentru una sau cealaltă dintre soluţii şi luptându-se cu el ca şi cu reprezentantul acesteia. În cazul analizelor dependenţilor de droguri, analistul reprezintă în acelaşi timp, sau în alternanţă rapidă, fie obiectul după care se tânjeşte, cum este drogul în sine, fie un Eu auxiliar chemat

[1] Vezi în legătură cu asta studiile lui Warren M. Brodey (1964) care stabileşte acelaşi lucru cu privire la relaţiile patologice ale copilului în interiorul familiei.

să ajute în lupta împotriva drogului. Rolul analistului ca Eu auxiliar este de asemenea binecunoscut din tratamentul schizofrenilor borderline. Un pacient confuz, înspăimântat de propriile fantasme paranoide, va folosi prezenţa analistului pentru a-şi fortifica sănătatea. Tonul vocii analistului, rostirea unei interpretări (mai degrabă decât conţinutul său) pot face ca procesul primar de gândire să dispară în fundal. Astfel de pacienţi se agaţă de analist ca de Eul lor extern, dar acest fapt este complet diferit de felul în care se agaţă pacientului isteric, care îşi doreşte analistul pe post de obiect al pasiunii lui.

Înţeleasă în acest fel, externalizarea poate fi privită ca o subspecie a transferului. Tratată ca atare în interpretare şi ţinută separat de transferul propriu-zis, este o sursă valoroasă de insight în structura psihică.

DEPENDENŢA INFANTILĂ CA UN FACTOR ÎN ANALIZA COPILULUI ŞI ADULTULUI

Una dintre cele mai aprinse controverse cu privire la specificitatea analizei copilului este legată de întrebarea dacă şi în ce fel să fie introduşi părinţii în procesul terapeutic. Deşi acesta este în mod clar o problemă de tehnică, soluţia în joc este una teoretică, şi anume decizia dacă şi din ce punct încolo se poate înceta ca un copil să mai fie considerat ca un produs şi dependent de familia sa şi trebuie să i se acorde statutul de entitate separată, o structură psihică în drepturile sale.

Dependenţa infantilă, ca un agent în formarea caracterului şi a neurogenezei, este un concept familiar în scrierile lui Freud, unde este tratat ca „un fapt biologic" şi luat ca responsabil pentru aproape toate achiziţiile personalităţii fiinţei umane în dezvoltare. Temerii de pierdere a obiectului, de pierdere a iubirii, de pedeapsă la care copilul dependent este expus, el îi atribuie „complianţa educaţională" a celui din urmă, care în adult se transformă în teama de a fi dezaprobat de comunitate, adică „complianţa socială". Temerii de conştienţă (vină) ca un reziduu şi un rezultat al perioadei de dependenţă, îi atribuie tendinţa de a ajunge nevrotic. Lunga perioadă de dependenţă a copilului de om este considerată de el drept responsabilă şi pentru chestiuni vitale cum ar fi capacitatea de a forma relaţii de obiect, în general, şi complexul oedipian, în particular; lupta culturală împotriva agresivităţii şi nevoia de religie; pe scurt, pentru umanizarea, socializarea individului ca şi pentru nevoile sale etice şi morale.[1]

Dependenţa ca un factor în analiza adultului

În ciuda faptului că nu a fost luată niciodată în discuţie importanţa dependenţei în cazul pacienţilor adulţi, la aceasta s-a făcut referire doar în raport cu antedecedentele lor, adică în raport cu aspectul genetic al problemei. Atâta timp cât sunt în discuţie aspectele dinamice, topografice şi economice, pacienţii sunt consideraţi ca fiinţe independente, cu instanţe interne şi structuri proprii şi cu conflictul nevrotic plasat în interiorul personalităţii, intrând în contact şi fiind conectat doar secundar cu mediul.

Ceea ce a rezultat din această viziune în raport cu terapia, a fost inevitabil. Tehnica analitică a fost strict concepută pentru a fi folosită în interiorul structurii: materialul să fie dat de pacientul însuşi, despre el însuşi; mediul să fie văzut nu obiectiv, ci subiectiv, prin ochii pacientului; relaţia între analist şi pacient să fie privată şi exclusivă;

[1] Vezi în acest context în mod special următoarele scrieri ale lui Freud:

„...faptele biologice că copiii rasei umane trec printr-o lungă perioadă de dependenţă şi sunt lenţi în atingerea maturităţii..." (1919, p.261).

„... că complexul Oedip este psihic corelat cu două aspecte biologice fundamentale: lunga perioadă de dependenţă a copilului..." (1924, p.208).

„Factorul biologic este lunga perioadă de timp în care copilul speciei umane este într-o condiţie de neajutorare şi dependenţă. Existenţa sa intrauterină pare scurtă în comparaţie cu aceea de la multe animale, iar el este trimis pe lume într-o stare mult mai puţin desăvârşită. Ca rezultat, influenţa lumii externe reale asupra lui este intensificată şi este promovată o diferenţiere timpurie între Eu şi Sine. Mai mult decât atât, pericolele lumii externe au o mai mare importanţă pentru el, astfel încât valoarea singurului obiect care îl poate proteja împotriva lor şi poate lua locul vieţii sale intrauterine iniţiale este amplificată enorm. Factorul biologic stabileşte situaţiile timpurii de pericol şi creează nevoia de a fi iubit care îl va însoţi pe copil pe tot restul vieţii sale." (1926, p. 154f).

„Apărarea împotriva neajutorării infantile este ceea ce împrumută trăsături caracteristice ... formării religiei." (1927, p. 24).

Motivul luptei culturale împotriva agresivităţii „este uşor descoperit în neajutorarea [copilului] şi în dependenţa sa de alte persoane şi poate fi cel mai bine desemnat ca teamă de pierdere a iubirii" (1930, p. 124).

relaţiile trecute şi prezente ale pacientului să fie repuse în scenă în această intimitate.

În ciuda unor păreri[1] nonconformiste, acesta a rămas cadrul în interiorul căruia se dezvoltă mai departe tehnica de analiză a adulţilor.

Dependenţa ca un factor în analiza copilului

În mod evident, nici unul dintre aceste elemente nu este de ajutor analistului de copii care întâlneşte dependenţa, în timp ce aceasta este un proces în desfăşurare. Este lăsat în seama lui să stabilească anvergura influenţei prezente a acesteia asupra pacientului în măsura în care sunt vizate stadiul de dezvoltare, patogeneza şi terapia.

În ceea ce priveşte stadiul de dezvoltare al pacientului, adică paşii făcuţi de el către obţinerea individualităţii, este esenţial pentru analist să realizeze în care dintre domeniile importante se sprijină copilul pe părinţi şi cât de mult i-a depăşit. Faptul că *starea sa de dependenţă* sau independenţă este în acord cu vârsta cronologică se poate stabili aproximativ din următoarele utilizări consecutive date părinţilor de către copil:

– pentru unitatea narcisică cu o persoană maternă, la vârsta la care nu face nici o diferenţiere între Self şi mediu;

– pentru a se sprijini pe capacitatea lor de înţelegere şi manipulare a condiţiilor externe, în aşa fel încât nevoile corporale şi derivatele pulsionale să poată fi satisfăcute;

– ca personaje în lumea externă la care iniţial poate fi ataşat libidoul narcisic şi unde acesta poate fi convertit în libido obiectal;

– pentru a acţiona ca agenţi limitativi la satisfacerea pulsională, astfel iniţiând stăpânirea Sinelui de către Eul propriu;

– pentru a furniza modelele pentru identificare care sunt necesare pentru clădirea unei structuri independente.

În ceea ce priveşte rolul părinţilor în *cauzarea bolii*, analistul de copii trebuie să aibă multă grijă pentru a nu fi înşelat de aparenţele de suprafaţă şi, mai presus de orice, să nu confunde efectul anormalităţii copilului asupra mamei, cu influenţa ei patologică asupra copilului[2].

[1] Vezi, de exemplu, declaraţiile lui R. Laforgue asupra nevrozelor familiale şi nevoia de tratament a mai multora dintre membrii familiei.

[2] Cum se face cu uşurinţă, mai ales în cazul copiilor autişti.

Cea mai sigură şi cea mai laborioasă metodă pentru evaluarea interacţiunii este analiza simultană a părinţilor cu copiii lor.[1]

Din aceste analize apar o serie de descoperiri referitoare la relaţii patogene părinte–copil cum ar fi următoarele:

Există părinţi al căror ataşament faţă de copil depinde de măsura în care acesta reprezintă pentru ei un ideal al lor înşişi sau o figură din trecutul lor. Pentru a păstra iubirea parentală în asemenea condiţii, copilul va permite ca personalitatea sa să fie modelată într-un mod care nu îi este propriu şi care neglijează sau care este în conflict cu potenţialităţile sale înnăscute.

Anumite mame sau taţi desemnează copilului un rol din propria lor patologie şi relaţionează cu copilul pe această bază, şi nu pe baza nevoilor reale ale copilului.

Multe mame trec de fapt anumite simptome asupra copiilor lor şi, în consecinţă, trec la act împreună cu ei sub forma unei *folie à deux*[2] (vezi Dorothy Burlingham şi alţii, 1955).

În toate circumstanţele menţionate, consecinţele patologice pentru copil sunt cu atât mai intense cu cât părintele îşi exprimă mai mult relaţia sa anormală în acţiune, prin opoziţie cu exprimarea în fantasme. Când se întâmplă în primul mod, de fapt numai tratamentul părintelui sau tratamentul simultan va slăbi îndeajuns legătura între parteneri pentru a acţiona ca măsură terapeutică pentru copil.[3]

Părinţii pot juca de asemenea un rol în *menţinerea* perturbării copilului. Anumite fobii din copilărie, refuzuri alimentare, ritualuri de somn sunt păstrate de pacientul copil doar în complicitate cu mama. Datorate spaimei ei faţă de angoasa copilului, la fel de mare pe cât o are şi copilul însuşi, mama participă activ la menţinerea apărărilor, precauţiilor etc. şi prin asta camuflează adevărata amploare a bolii copilului.[4]

Anumite acţiuni simptomatice, în special obsesionale, sunt de fapt scoase la lumină prin corpul mamei în loc de prin cel al copilului.

[1] Aşa cum a fost scos la iveală în Hampstead Child-Therapy Clinic, ca şi în alte locuri.

[2] În franceză, în original. (N.t.).

[3] Vezi în legătură cu asta Dorothy Burlingham şi alţii, (1955); Ilse Hellmann şi alţii (1960); Kata Levy (1960); Marjorie Sprince (1962).

[4] Vezi experienţele din ultimul război, când au ieşit la lumină (prin opziţie cu a fi fost produse) multe tulburări nevrotice atunci când copiii au fost separaţi de casele lor.

Anumiţi părinţi, din motive patologice proprii, par a avea nevoie de un copil bolnav, perturbat sau infantilizat şi menţin acest stare de fapt, în acest scop.

În ceea ce priveşte conducerea unei terapii, analistul de copii are toate motivele să-i invidieze pe colegii care tratează cu pacienţii lor adulţi într-o relaţie de la persoană la persoană. În analiza copilului, nu Eul pacientului, cât motivaţia şi intuţia părinţilor vor fi cele pe care trebuie să se bazeze începerea, continuarea şi încheierea tratamentului. Este sarcina părinţilor de a ajuta Eului copilului în a depăşi rezistenţele şi perioadele de transfer negativ, fără să abandoneze analiza. Analistul este neajutorat dacă ei eşuează în această sarcină şi trec de partea rezistenţelor copilului. În perioadele de transfer pozitiv, părinţii agravează adesea conflictul de loialitate părinte–analist care apare invariabil în copil.

Tehnica analiştilor de copii de a trata cu părinţii variază în limite largi de la o extremă a excluderii lor complete din intimitatea tratamentului, la a-i menţine informaţi, permiţându-le să participe la şedinţe (împreună cu cei mici), tratându-i sau analizându-i simultan, dar separat, până la exterema opusă a tratării lor pentru tulburarea copilului, preferată analizării copilului însuşi.

Studii recente despre dependenţă

Două lucrări recente asupra teoriei relaţiei părinte–copil au rezumat poziţia analistului în momentul actual, Phyllis Greenacre (1960) centrând materialul în jurul *maturizării*, Winnicott (1960) în jurul faptelor şi consecinţelor *îngrijirii materne*. Împreună, aceste lucrări prezintă o imagine comprehensivă a evenimentelor fazei preverbale de completă dependenţă, a influenţelor interne şi externe la lucru în această fază şi a rolului jucat de ele în modelarea normalităţii şi anormalităţii viitoare.

Există multe alte studii analitice extrase din travaliul din interiorul şi exteriorul şedinţei analitice, fiecare concentrându-se asupra unui aspect diferit al subiectului, cum ar fi: empatia dintre mamă şi copil în timpul fazei de completă dependenţă (Winnicott, 1949); contribuţia fazei de dependenţă la constituirea individului (Martin James, 1960); consecinţele dăunătoare ale dispreţuirii şi întreruperii stadiului de dependenţă (A. Freud şi D. Burlingam 1943, 1944; John Bowlby şi alţii, 1952; James Robertson, 1958; R. Spitz 1945, 1946); influenţele importante ale preferinţelor şi atitudinilor mamei în timpul perioadei de dependenţă completă (Joyce Robertson, 1962).

ECHILIBRUL ÎNTRE FORŢELE INTERNE ŞI EXTERNE ÎN CONCEPŢIA ANALISTULUI DE COPII ŞI A CELUI DE ADULŢI

Contactul constant cu dependenţa emoţională a copilului faţă de părinţi are consecinţe cu bătaie lungă asupra concepţiei teoretice a analistului de copii.

Analistul de adulţi, datorită impresiilor pe care le primeşte în practica sa cotidiană, nu se află în pericolul de a deveni un adept al teoriei influenţei mediului. Puterea minţii asupra lucrurilor, cum este cea a lumii interne asupra celei externe, îi este prezentată de către pacienţii săi printr-o serie nesfârşită de exemple: în aspectul în continuă modificare a circumstanţelor vieţii lor reale, care este sugerat de schimbarea de dispoziţie, de la euforie la depresie; în folosirea de elemente din mediu pentru a le potrivi şi a hrăni cu ele fantasmele inconştiente; în proiecţiile lor, prin care transformă cunoscuţi inofensivi, indiferenţi sau binevoitori în persecutori; în distorsionarea imaginii analistului care serveşte unui transfer iraţional şi uneori delirant (Little, 1958) etc. În special cel din urmă exemplu va da seama de promptitudinea analistului în a crede că forţe similare au acţionat şi în copilăria pacientului şi că factori interni şi nu externi sunt responsabili de cauzarea bolii.

Pe scurt, analistul de adulţi este un credincios ferm în psihic, ca opus realităţii externe. În orice caz, el este foarte nerăbdător de a vedea în timpul travaliului terapeutic toate întâmplările curente în termenii rezistenţei şi ai transferului şi prin asta să desconsidere valoarea lor în realitate.

Pe de altă parte, pentru analistul de copii, toate elementele indică în direcţia opusă, aducând mărturii ale puternicei influenţe a mediului. În tratament, în special cei mai mici pun în evidenţă măsura în care sunt dominaţi de lumea obiectală, adică, cât de mult din comportamentul şi patologia lor este determinată de influenţele mediului, cum sunt protecţia sau respingerea părinţilor, iubirea sau indiferenţa, atitudinile critice sau admirative, ca şi armonia sau dizarmonia sexuală din viaţa

lor de cuplu. Jocul simbolic al copilului în ședința analitică comunică nu doar fantasmele sale interioare; simultan, aceasta este maniera sa proprie de a comunica evenimentele familiale curente, cum ar fi actul sexual al părinților din fiecare noapte, certurile și supărările lor conjugale, acțiunile lor frustrante și producătoare de angoasă, anormalitățile și expresiile lor patologice. Analistul de copii care interpretează exclusiv în termenii lumii interne este în pericolul de a pierde din relatarea pacientului preocuparea sa – în acel moment la fel de importantă pentru el – referitoare la circumstanțele de mediu.[1]

De asemenea în analizele copiilor mai mari, unde cuvintele iau locul jocului simbolic, evnimentele exterioare curente de multe ori domină materialul, luând locul problemelor interioare. Dar acest tip de folosire a realității exterioare este în cea mai mare pare defensiv și servește scopurile rezistențelor principale.

Dar, în pofida dovezilor acumulate că circumstanțele adverse de mediu au rezultate patologice, nimic nu-l va convinge pe analistul de copii că modificările realității externe pot avea efect curativ, probabil cu excepția copilăriei celei mai timpurii. O astfel de credință ar implica faptul că doar factorii externi pot reprezenta agenți patogeni și că interacțiunea lor cu cei interni poate fi tratată cu ușurință. O astfel de presupunere este contrară experienței analistului. Orice investigație psihanalitică arată că factorii patogeni sunt operativi de ambele părți și, o dată ce s-au întrețesut, patologia devine încrustată în structura personalității și poate fi îndepărtată doar prin măsuri terapeutice care afectează structura.

În timp ce analiștii de adulți trebuie să păstreze în minte cauzele externe, frustrante, ce precipită tulburările pacienților lor, în așa fel încât ei să nu fie orbiți de puterile lumii interioare, analiștii de copii trebuie să-și aducă aminte că factorii defavorizanți externi ce le aglomerează viziunea își obțin semnificația patogenă pe calea interacțiunii cu predispoziția înnăscută și cu atitudinile Eului și cu cele libidinale internalizate, achiziționate până în acel moment.

Cele două proceduri împreunate, analiza copilului și adultului, pot ajuta la menținerea unei concepții echilibrate, cerută de formula etiologică a lui Freud, aceea a unui cursor care se mișcă între influențele interne și externe, și anume faptul că există oameni a căror „constituție sexuală

[1] „Gesturile care mărturisesc", conform termenului introdus de Augusta Bonnard.

nu i-ar fi condus spre nevroză dacă nu ar fi avut... [anumite] experiențe, iar aceste experiențe nu ar fi avut efect traumatic asupra acestor persoane, dacă libidoul lor nu ar fi fost predispus" (S. Freud, 1916-1917, p. 347).

În ciuda convingerii lor teoretice, analiștii de copii sunt în continuu tentați să exploreze limitele în care operează ecuația etiologică, adică să verifice dacă există limite cantitative dincolo de care influențele patogene pot fi privite ca unilaterale. Aceste cercetări pot fi efectuate selectând pentru analiza de copii pacienți din cele două extreme ale scalei etiologice, adică aceia la care afectarea înnăscută sau cea de mediu este masivă. Cazurile din prima categorie sunt indivizi cu contraindicații majore, înnăscute, pentru dezvoltare normală cum ar fi handicapul sever senzitiv sau fizic (cecitate, surditate, diformități etc.); cazurile din cea din urmă categorie sunt copii traumatizați sever, copii din părinți psihotici, orfani, copii instituționalizați, adică cei la care cadrul extern pentru formarea complexelor normale din copilărie lipsește. Dar până acum materialul obținut din tratamentul unor astfel de cazuri, de asemenea nu arată nici un tablou clinic determinat de doar unul dintre seturile de factori. Deși anumite formațiuni patologice sunt inevitabile în momentul în care influențele patogene, din interior sau din exterior, ating această magnitudine, amploarea acestora și caracteristicile detaliate ale personalităților acestor copii depind, ca și în cazurile mai puțin severe, de interacțiunea dintre cele două părți, de modul în care o constituție particulară reacționează la un set particular de circumstanțe exterioare.

CAPITOLUL 3
Evaluarea dezvoltării normale a copilului

I

DETECTAREA TIMPURIE A AGENȚILOR PATOGENI; PROFILAXIE ȘI PROGNOSTIC

Unul dintre rolurile analistului de copii este să reconstruiască trecutul pacientului sau să se întoarcă la originea simptomelor din anii cei mai timpurii; o cu totul altă chestiune este aceea de a detecta agenții patogeni înainte ca aceștia să fi acționat; de a stabili gradul de progres normal al unui copil mic; de a prognostica dezvoltarea; de a interfera în gestionarea copilului; de a-i ghida pe părinți; sau, în general, de a lucra la prevenirea nevrozelor, psihozelor și a patologiei antisociale. În timp ce formarea recunoscută pentru terapie psihanalitică va pregăti analistul de copii pentru primele sarcini, nici un curriculum oficial nu a fost inventat până acum pentru a-l dota în vederea ultimelor.

Preocuparea pentru probleme cum ar fi prognosticul și profilaxia conduce în mod inevitabil la un studiu asupra normalului, ca opus studiului proceselor psihice patologice sau al tranziției gradate între cele două stări de care se preocupă analistul de adulți. Această cunoaștere a normalului, numită încă o zonă „subdezvoltată" sau „primejdioasă" a psihanalizei de către Ernst Kris în 1951, a crescut considerabil în ultimii ani, mulțumită în principal extrapolărilor teoretice din descoperirile clinice făcute de Heinz Hartman și Ernst Kris. Ea se datorează în mare măsură și importanței crescânde jucate în gândirea metapsihologică de principiile și ipotezele psihologiei psihanalitice a copilului, care „îmbrățișează întregul câmp al dezvoltării normale și anormale"(Ernst Kris, 1951, p. 15). Analistul de adulți are o preocupare redusă pentru conceptul de normalitate în practica sa clinică, cu anumite excepții, acolo unde este interesată funcționarea (în iubire, sex și practica de succes). În schimb, analistul de copii, care observă dezvoltarea progresivă ca pe o funcție esențială a imaturului, este preocupat în mod central și profund de perturbarea sau integritatea, adică de normalitatea sau anormalitatea acestui proces vital.

După cum am evidențiat într-o lucrare anterioară (1945), dezvoltarea unui copil și eventualele indicații de tratament pot fi evaluate, pe de o parte, prin cercetarea laturii libidinale și agresive și, pe de altă parte, prin intermediul cercetării aspectelor Eului și Supraeului personalității copilului, căutând semnele de adecvare la vârstă, precocitate sau retard. Păstrând în minte secvențialitatea fazelor libidinale și o listă a funcților Eului, aceasta nu mai este o sarcină imposibilă pentru analistul de copii, nici măcar una foare dificilă. Datele care reies sunt însă mult mai utile pentru diagnosticarea patologiei și pentru o revelare a trecutului, decât sunt pentru a decide în chestiuni care privesc normalul sau perspectiva asupra viitorului. Acestea prezintă într-un mod destul de satisfăcător formațiunile de compromis și soluțiile care au fost achiziționate în personalitatea pacientului; dar acestea nu includ semne referitoare la șansele pe care le are acesta în menținerea, creșterea sau scăderea nivelului său de performanță.

TRADUCEREA EVENIMENTELOR EXTERNE ÎN EXPERIENȚĂ INTERNĂ

Analiștii, atâta timp cât sunt priviți ca experți în copii, sunt confruntați de public cu o multitudine de întrebări, ce apar în mod firesc în timpul creșterii oricărui copil și privesc toate deciziile despre viața copilului ce pot deveni problematice pentru părinți. Faptul că acestea se referă la situații de zi cu zi nu reprezintă un motiv pentru care răspunsurile la acestea ar trebui lăsate celor fără formare psihanalitică, care tratează în mod obișnuit viața psihică normală (cum este cazul părinților înșiși, pediatrilor, asistentelor, educatorilor, profesorilor, lucrătorilor sociali, consilierilor școlari etc.). În realitate, problemele care sunt ridicate circumscriu întocmai zonele în care teoriile psihanalitice pot fi aplicate în mod profitabil ca practică de prevenție. Urmează câteva exemple:

Ar trebui oare ca mama unui bebeluș să îi poarte singură de grijă și oare introducerea unui substiut de mamă, de orice fel, implică o amenințare la adresa dezvoltării sale? În cazurile în care doar ea se îngrijește de copil, când își poate ea permite prima dată să părăsească copilul pentru o scurtă perioadă, în beneficiul unei vacanțe, pentru

soțul său, pentru copiii mai mari, pentru părinții săi etc? Care sunt avantajele hrănirii la sân față de hrănirea cu biberonul, sau ale hrănirii la cerere față de hrănirea după program? Care este vârsta potrivită pentru începutul educției sfincteriene? La ce vârstă beneficiază realmente copiii de implicarea altor adulți sau colegi de joacă? Care este vârsta potrivită pentru a intra la grădiniță? Dacă trebuie să se efectueze un tratament chirurgical (pentru reparații necesare, circumcizie, tonsilectomie etc), şi dacă există posibilitatea alegerii datei, este bine ca aceasta să se întâmple mai devreme sau mai târziu? Ce tip de şcoală (obişnuită sau specială) este mai potrivită cărui tip de copil? Când ar trebui introduse lămuririle despre sexualitate? Există o vârstă la care venirea pe lume a unui frățior/surioară este mai uşor suportată decât într-un alt moment? Ce se poate spune despre activitățile autoerotice? Ar trebui suptul, masturbarea etc. să fie permise fără a fi controlate şi am putea aplica aceleaşi reguli la jocurile sexuale dintre copii? Ce se poate spune despre libertatea de agresiune? Când şi în ce fel ar trebui să spunem unui copil adoptat despre adopție şi ar trebui incluse şi informații despre părinții naturali? Care sunt aspectele pozitive şi negative privind şcoala cu program prelungit sau şcoala cu internat şi, în final, există un moment anume în procesul adolescenței când este de ajutor ca tânărul, pe lângă înstrăinarea emoțională față de părinți, să se „mute" (Anny Katan, 1937) fizic de acasă?

Când se confruntă cu una, chiar aparent simplă, dintre aceste întrebări, reacția analistului trebuie să fie una dublă. În mod evident nu este suficient ca el să evidențieze că nu există răspunsuri generale potrivite tuturor copiilor, ci numai răspunsuri particulare, potrivite unui copil anume; să avertizeze împotriva adoptării de soluții în baza vârstei cronologice, atâta vreme cât copiii diferă atât de mult în ceea ce priveşte rata de creştere emoțională şi socială, cât şi în privința reperelor fizice şi vârstelor psihice; sau chiar să stabilească nivelul de dezvoltare al copilului pentru care analistul este consultat. Considerațiile de acest fel reprezintă numai o parte din atribuțiile analistului şi, probabil, partea cea mai uşoară. Cealaltă parte, nu mai puțin importantă, constă în stabilirea înțelesului psihologic al experienței sau cerinței la care părinții intenționează să-l supună pe copil. În timp ce părinții pot să-şi vadă planurile în lumina rațiunii, logicii şi necesității practice, copilul le experimentează în termenii realității sale psihice, adică conform complexelor adecvate fazei de dezvoltare, afectelor, angoaselor şi

fantasmelor ce se trezesc în el. Astfel devine o sarcină a analistului aceea de a reliefa părinților discrepanțele care există între interpretările adultului şi cele ale copilului asupra evenimentelor şi să le explice pe cele din urmă pe baza modurilor şi nivelelor de funcționare speciale care sunt caracteristice minții infantile.

PATRU ZONE DE DIFERENȚĂ ÎNTRE COPIL ŞI ADULT

Există în mintea copilului câteva zone din care este cunoscut că pot apărea asemenea „neînțelegeri" ale acțiunilor adulților.

În primul rând, este *egocentrismul* care guvernează relația copilului cu lumea obiectelor. Înainte de a fi atins stadiul constanței obiectului, obiectul, adică persoana care joacă rolul mamei, nu este perceput de copil ca având o existență a sa proprie; ea este percepută doar în termenii unui rol atribuit ei în cadrul nevoilor şi dorințelor copilului. În conformitate, orice se întâmplă în obiect, sau obiectului, este înțeles prin aspectul satisfacerii sau frustrării acestor dorințe. Orice preocupare a mamei, adică preocupările ei pentru ceilalți membrii ai familiei, pentru practică sau interese colaterale, depresia sa, boala sa, chiar moartea sa, sunt transformate în acest mod în experiențe de respingere şi părăsire. Pe aceeaşi bază, naşterea unui/unei frate/soră este înțeleasă ca o infidelitate a părinților, ca insatisfacție şi critică asupra persoanei copilului – pe scurt, ca un act ostil la care copilul răspunde la rândul său cu ostilitate şi dezamăgire, exprimate fie prin solicitare exagerată, fie prin retragere emoțională cu consecințele sale adverse.

Cea de-a doua este tocmai *imaturitatea aparatului sexual* infantil care nu lasă copilului nici o alegere, decât de a traduce acțiunile genitale ale adulților în evenimente pregenitale. Aceasta este răspunzătoare pentru înțelegerea greşită a actului sexual parental drept o scenă brutală de violență, şi deschide uşa tuturor dificultăților de identificare, atât cu presupusa victimă cât şi cu presupusul agresor, care vor ieşi la lumină mai târziu, în incertitudinea crescândă a copilului asupra propriei identități sexuale. Aceasta mai este răspunzătoare, după cum este binecunoscut de o bună perioadă de timp, de eşecul şi dezamăgirea părinților în încercările de lămurire sexuală. În loc de a accepta adevărurile sexuale în modul rezonabil în care sunt oferite, copilul nu

se poate opri de a le traduce în termeni care sunt comensurabili cu experienţa sa, adică îi converteşte în aşa numitele „teorii sexuale infantile" ale însămânţării prin gură (ca în poveşti), naştere prin anus, castrarea partenerului feminin prin actul sexual etc.

Cea de-a treia este reprezentată de ocaziile în care luarea defectuoasă la cunoştinţă a evenimentelor de către copil nu se bazează pe o lipsă totală de judecare din partea sa, ci pe factori economici, adică pe *relativa slăbiciune a procesului secundar* de gândire, comparativ cu forţa impulsurilor şi a fantasmelor. Un copilaş, după stadiul de învăţare a mersului, de exemplu, poate fi foarte bine capabil să prindă semnificaţia evenimentelor medicale, să recunoască rolul medicului sau al chirurgului ca pe unul benefic, necesitatea medicamentelor orice gust ar avea acestea, nevoia de restricţii dietetice sau motorii etc. Doar că nu poate fi aşteptat ca această înţelegere să se menţină. Atunci când se apropie vizita la doctor sau o operaţie iminentă, raţiunea este ignorată şi mintea copilului este inundată de fantasme de mutilare, castrare, atac violent etc. A fi ţinut în pat devine un prizonierat; dieta este resimţită ca o deprivare orală intolerabilă; părinţii care permit să se întâmple astfel de lucruri copilului (în prezenţa sau în absenţa lor) încetează a mai fi figuri protectoare şi sunt transformaţi în unele ostile, împotriva cărora poate fi descărcată supărarea, furia şi ostilitatea copilului.[1]

Cea din urmă diferenţă este cea că există câteva discrepanţe fundamentale între funcţionarea minţii copilului şi celei a adultului şi aceastea sunt semnificative în această privinţă. Menţionez ca pe cel mai important reprezentant al acestora, *evaluarea* diferită *a timpului* la diferite nivele de vârstă. Sentimentul lungimii sau scurtimii unei perioade de timp date pare să depindă de faptul că măsurătoarea a fost realizată fie pe baza modului de funcţionare a Sinelui fie a Eului. Impulsurile Sinelui sunt prin definiţie intolerante la întârziere şi aşteptare; atitudinile mai târzii vor fi susţinute de către Eu, pentru care amânarea acţiunii (prin interpolarea proceselor gândirii) îi este tot atât de caracteristică pe cât este nevoia acută de îndeplinire pentru Sine. Felul în care va experimenta un copil o perioadă de timp dată va depinde prin urmare nu de durata propriu-zisă, măsurată obiectiv de adult, cu ajutorul calendarului sau ceasului, ci prin relaţiile subiective interioare de dominaţie fie a Sinelui, fie a Eului asupra funcţionării sale. Aceşti

[1] Vezi în această privinţă Anna Freud (1952), Joyce Robertson (1956).

din urmă factori sunt cei care vor decide dacă intervalele stabilite pentru hrănire, absenţa mamei, durata statului la grădiniţă, a spitalizării etc., vor părea copilului scurte sau lungi, tolerabile sau intolerabile şi drept urmare, se vor dovedi inofensive sau dăunătoare prin consecinţele lor.

Egocentrismul copilului, imaturitatea vieţii sale sexuale, preponderenţa derivatelor Sinelui asupra răspunsurilor Eului, evaluarea sa diferită asupra timpului sunt caracteristici ale psihicului infantil care pot explica multe dintre aparentele insensibilităţi ale părinţilor, adică dificultatea lor în traducerea evenimentelor externe în experienţă internă. Informaţiile despre istoria unui copil în momentul stabilirii diagnosticului sunt, prin urmare, date de ei într-o manieră superficială şi înşelătoare. Rapoartele pot conţine o dare de seamă despre „o luptă pentru hrănirea la sân care a fost repede terminată", „un refuz iniţial de a accepta un substitut în timpul bolii mamei" al copilului la vârsta mersului, „un întors spatele mamei, pe moment, când aceasta a revenit de la maternitate cu noul bebeluş "; „supărarea trecătoare a copilului în spital" etc[1].

Se cere toată ingeniozitatea diagnosticianului şi câteodată o perioadă de tratament analitic, pentru a reconstrui, din descrieri de acest fel, luptele dinamice ce se ascund în spatele descrierii de suprafaţă, şi care, mai frecvent decât contrariul, au fost responsabile de schimbarea întregului flux al vieţii emoţionale a copilului, de la ataşament pentru părinţi la retragere, de la iubire şi bunăvoinţă la resentiment şi ostilitate, de la sentimentul de a fi alintat la cel de a fi respins şi lipsit de rost etc.

II

CONCEPTUL DE LINII DE DEZVOLTARE

Pentru a da răspunsuri utile întrebărilor puse de părinţi ce privesc problemele de dezvoltare, deciziile externe care sunt luate în considerare trebuie să fie traduse în implicaţiile lor interne. Aşa cum a fost menţionat

[1] Exemple citate de Serviciul Diagnostic din Hampstead Child-Therapy Clinic..

mai sus, aceasta nu se poate realiza dacă dezvoltarea Eului şi a pulsiunilor sunt privite izolat una faţă de cealaltă, aşa cum poate fi necesar pentru scopuri de analiză clinică sau disecţie teoretică.

Până acum, în teoria noastră psihanalitică, secvenţele de dezvoltare sunt fundamentate numai cu privire la părţi particulare, circumscrise, ale personalităţii copilului. De exemplu, în ceea ce priveşte dezvoltarea pulsiunii sexuale, posedăm succesiunea fazelor libidinale (orală, anală, falică, perioada de latenţă, preadolescenţă, genitalitate adolescentă) care, în ciuda unor suprapuneri considerabile, corespund în mare cu anumite vârste. În ceea ce priveşte pulsiunea agresivă, suntem deja mai puţin precişi şi suntem înclinaţi spre a corela expresiile agresive specifice cu fazele libidinale corespunzătoare (cum ar fi muşcatul, scuipatul şi devoratul cu oralitatea; tortura sadică, lovitul, datul cu piciorul şi distrusul cu analitatea; refularea, dominarea, comportamentul în forţă cu faza falică; desconsiderarea, cruzimea psihică, ieşirile antisociale cu adolescenţa etc.). În ceea ce priveşte Eul, stadiile şi nivelele cunoscute prin analiză ale dezvoltării simţului realităţii, ale cronologiei activităţilor defensive şi ale creşterii unui simţ moral, vor fundamenta o scală. Funcţiile intelectuale înseşi sunt măsurate şi gradate de psihologi pe scalele legate de vârstă ale diferitelor teste de inteligenţă.

Fără nici o îndoială avem nevoie pentru evaluările noastre clinice, de mai mult decât de aceste scale de dezvoltare selectate, care sunt valabile doar pentru părţi izolate ale personalităţii copilului şi nu pentru totalitatea acesteia. Ceea ce căutăm, sunt interacţiunile fundamentale între Sine şi Eu şi variatele lor nivele de dezvoltare şi, de asemenea, succesiunile legate de vârstă ale acestora, care sunt comparabile în importanţă, frecvenţă şi regularitate cu succesiunea de maturizare a stadiilor libidinale sau cu dezvăluirea treptată a funcţiilor Eului. În mod natural, aceste secvenţe de interacţiune între cele două părţi ale personalităţii pot fi stabilite cu succes în cazurile în care ambele sunt studiate cu atenţie, cum ar fi, de exemplu, privind fazele libidinale şi expresiile agresive de partea Sinelui şi atitudinile corespunzătoare legate de obiect de partea Eului. Astfel, putem schiţa combinaţiile care duc de la dependenţa emoţională completă a bebeluşului la relativa autonomie a adultului, la relaţiile sexuale şi obiectuale mature, printr-o linie gradată a dezvoltării care furnizează baza indispensabilă pentru orice evaluare a maturităţii sau imaturităţii, normalităţii sau anormalităţii emoţionale.

Deşi probabil mai puţin uşor de stabilit, există linii similare ale dezvoltării ce pot fi demonstrate pentru aproape orice altă arie a personalităţii individului. În fiecare caz, acestea trasează creşterea treptată a copilului dinspre atitudini dependente, iraţionale, determinate de Sine şi obiect, spre o crescândă stăpânire a Eului asupra lumii sale interne şi externe. Astfel de linii – având întotdeauna contribuţii atât din partea dezvoltării Sinelui cât şi a dezvoltării Eului – conduc, de exemplu, de la experienţele de supt şi înţărcat ale bebeluşului către atitudinea raţională mai degrabă decât emoţională a adultului faţă de alimentaţie; de la educarea curăţeniei impuse copilului de presiunea mediului, la controlul mai mult sau mai puţin integrat şi de nezdruncinat al micţiunii şi defecaţiei de la adult; de la împărtăşirea posesiunii propriului corp cu mama, a bebeluşului, la reclamaţia de independenţă şi autodeterminare în gestionarea corpului la adolescent; de la viziunea egocentrică asupra lumii şi asupra celor din jur a copilului mic, până la empatie, reciprocitate şi asociere cu cei de-o vârstă; de la primele jocuri erotice de unul singur şi cu corpul mamei pe calea obiectelor tranziţionale (Winnicott, 1953) la jucării, jocuri, hobby-uri şi, în final, la muncă.

Oricare dintre aceste nivele fiind atins de un copil, în oricare dintre aceste domenii, reprezintă rezultatul interacţiunii dintre dezvoltarea pulsională şi cea a Eului–Supraeului şi reacţia acestora din urmă la influenţele de mediu, adică dintre maturizare, adaptare şi structurare. Departe de a fi abstracţiuni teoretice, liniile de dezvoltare, în sensul folosit aici, sunt realităţi istorice care, asamblate, produc un tablou convingător al achiziţiilor personale ale unui anume copil sau, pe de altă parte, al eşecurilor acestuia în dezvoltarea personalităţii.

Prototip al unei linii de dezvoltare: de la dependenţă la autonomie relaţională şi relaţii adulte cu obiectul

Pentru a servi ca prototip pentru toate celelalte, una dintre liniile fundamentale de dezvoltare a fost în centrul atenţiei analiştilor încă de la început. Aceasta este succesiunea care conduce de la dependenţa totală a nou-născutului de grija maternă la autonomia emoţională şi materială a tânărului adult – o secvenţă pentru care stadiile succesive ale dezvoltării libidoului (oral, anal, falic) formează mai degrabă baza înnăscută a maturizării. Paşii pe această cale sunt bine documentaţi atât

din analizele adulţilor şi copiilor, cât şi din observaţia analitică directă a bebeluşilor. Aceştia pot fi enumeraţi grosier după cum urmează:

(1) unitatea biologică a cuplului mamă-bebeluş, cu narcisismul mamei extinzându-se la copil, şi cu copilul incluzând mama în „mediul său narcisic" interior (Hoffer, 1952). Întreaga perioadă poate fi mai departe subdivizată (conform cu Margaret Mahler, 1952) în fazele autistă, simbiotică şi de separaţie-individuaţie cu puncte periculoase, semnificative pentru tulburările de dezvoltare, găzduite de fiecare fază individuală;
(2) obiectul parţial (Melanie Klein), sau relaţia anaclitică de îndeplinire a nevoii, bazată pe urgenţa nevoilor corporale şi a derivatelor pulsionale ale copilului, şi care este intermitentă şi fluctuantă, din moment ce investirea obiectului este trimisă în afară sub impactul dorinţei imperative şi retrasă din nou când a fost atinsă satisfacţia;
(3) stadiul constanţei obiectului, care permite să fie menţinută o imagine pozitivă interioară a obiectului, independent atât de satisfacţii cât şi de insatisfacţii;
(4) relaţia ambivalentă a stadiului preoedipian, sadic-anal, caracterizat prin atitudini ale Eului de agăţare, torturare, dominaţie şi control al obiectelor iubirii;
(5) faza complet centrată pe obiect, falic-oedipiană, caracterizată de posesivitatea faţă de părintele de sex opus (sau viceversa), gelozie şi rivalitate faţă de părintele de acelaşi sex, protectivitate, curiozitate, eforturi de a obţine admiraţia şi atitudine exhibiţionistă; la fete, o relaţie falic-oedipiană (masculină) faţă de mamă precedând relaţia oedipiană cu tatăl;
(6) perioada de latenţă, adică scăderea postoedipiană a tensiunilor pulsionale şi transferul libidoului de la figurile parentale asupra persoanelor de aceeaşi vârstă, grupurilor din comunitate, asupra profesorilor, conducătorilor, idealurilor impersonale şi asupra intereselor sublimate, inhibate în raport cu scopul, cu manifestări fantasmatice ce fac dovada deziluziei faţă de părinţi şi a denigrării acestora („roman familial", fantasme despre gemeni etc);
(7) preludiul preadolescent la „revolta adolescentină", reprezentat de o reîntoarcere la atitudini şi comportamente mai timpurii, în special legate de obiectul parţial, îndeplinirea nevoilor şi de tip ambivalent;
(8) lupta adolescentă ce se desfăşoară în jurul negării, inversării, slăbirii şi umbririi legăturii cu obiectele infantile, apărării împotriva pregenitalităţii şi, în final, în jurul stabilirii supremaţiei genitale cu investirea libidinală transferată asupra obiectelor de sex opus din afara familiei.

Deşi detaliile acestor poziţii constituie de multă vreme o cunoaştere comună în cercurile analitice, relevanţa acestora pentru problemele practice a fost explorată în ultimii ani din ce în ce mai mult. În ceea ce priveşte, de exemplu, mult discutatele consecinţe ale separării unui copil de mamă, de părinţi, sau de casă, o simplă privire spre dezvăluirile oferite de linia de dezvoltare va fi suficientă pentru a arăta în mod convingător de ce atât reacţiile comune la, respectiv consecinţele patogene ale acestui fel de întâmplări, sunt atât de variate, urmând realitatea psihică variabilă a copilului la diferitele nivele de dezvoltare. Încălcările legăturii biologice mamă-bebeluş (faza 1), pe orice motiv ar fi ele săvârşite, vor avea ca urmare angoasa de separaţie (Bowlby, 1960) propriu-zisă; eşecul mamei de a-şi juca rolul său susţinut de instanţă satisfăcătoare şi reconfortantă (faza 2) va cauza prăbuşiri ale individuaţiei (Mahler, 1952) sau depresie anaclitică (Spitz, 1946), sau alte manifestări ale deprivării (Alpert, 1959), sau dezvoltare precoce a Eului (James, 1960), sau ceea ce a fost numit un „Self fals" (Winnicott, 1955). Relaţii libidinale nesatisfăcătoare cu obiecte de iubire instabile sau în alt mod nepotrivite în timpul sadismului anal (faza 4), vor perturba intricarea echilibrată dintre libido şi agresivitate şi vor da naştere la agresivitate şi distructivitate necontrolabilă etc. (A. Freud, 1949). Abia după ce a fost achiziţionată constanţa obiectului (faza 3), absenţa unui obiect exterior poate fi substituită, cel puţin în parte, prin prezenţa unei imagini interioare care rămâne stabilă; separările temporare pot fi prelungite doar pe baza puterii acestei achiziţii, comensurabile deci, cu progresele în constanţa obiectului. Astfel, chiar dacă rămâne imposibil de precizat vârsta cronologică la care poate fi tolerată separarea, conform liniei de dezvoltare poate fi precizat când aceasta devine adecvată fazei şi nontraumatică, un punct de importanţă practică în vederea vacanţelor părinţilor, spitalizării copilului, convalescenţei, intrării la grădiniţă etc.[1]

[1] Dacă prin „doliu" înţelegem nu manifestările diverse de angoasă, suferinţă şi disfuncţionalitate ce însoţesc pierderea obiectului în cele mai timpurii faze, ci procesul gradat şi dureros al detaşării libidolului de o imagine internă, acesta, desigur, nu se poate aştepta să intervină înainte să fie achiziţionată constanţa obiectului (faza 3).

Mai sunt şi alte lecţii practice ce au fost învăţate din aceeaşi succesiune a dezvoltării, după cum urmează:

– că atitudinea de agăţare din stadiul mersului (faza 4) este rezultatul ambivalenţei preoedipiene, şi nu al alintului matern;

– că este nerealist din partea părinţilor să aştepte de la perioada preoedipiană (până la sfârşitul fazei 4) reciprocitatea în relaţiile cu obiectul care aparţin abia nivelului următor (faza 5);

– că nici un copil nu poate fi pe deplin integrat în viaţa grupului înainte ca libidoul său să fi fost transferat de la părinţi la comunitate (faza 6). Acolo unde depăşirea complexului Oedip este întârziată, iar faza 5 este prelungită ca rezultat al unei nevroze infantile, perturbările în adaptarea la grup, lipsa interesului, fobiile şcolare (în şcoala cu program prelungit), dorul de casă extrem (în şcoala cu internat) vor fi la ordinea zilei;

– că reacţiile la adopţie se manifestă cel mai sever în ultima parte a perioadei de latenţă (faza 6) când, conform cu dezamăgirea normală faţă de părinţi, toţi copiii se simt ca şi cum ar fi adoptaţi, iar sentimentele despre realitatea adopţiei vor coincide cu apariţia „romanului familial";

– că sublimările prevestite la nivel oedipian (faza 5) şi dezvoltate în timpul latenţei (faza 6) pot fi pierdute în timpul preadolescenţei (faza 7), nu prin vreun eşec al dezvoltării sau educaţiei, ci datorită regresiei adecvate fazei, către nivelele mai timpurii (fazele 2, 3, 4);

– că este tot atât de nerealist din partea părinţilor să se opună slăbirii legăturilor cu familia sau bătăliei tânărului împotriva impulsurilor pregenitale în adolescenţă (faza 8), pe cât este să rupă legăturile biologice în faza 1 sau să se opună erotismului pregenital în fazele 1, 2, 3, 4 şi 7.

Câteva linii de dezvoltare către independenţa corporală

Faptul că Eul unei persoane este la început un Eu corporal nu implică faptul că independenţa corporală faţă de părinţi este atinsă mai devreme decât autonomia emoţională sau morală. Dimpotrivă: posesivitatea narcisică a mamei faţă de corpul copilului ei îşi are perechea, în privinţa copilului, în dorinţele sale arhaice de a fuziona cu mama şi în confuzia privind limitele corpului, care provine din faptul că în viaţa timpurie distincţia între lumea internă şi cea externă nu se face pe baza realităţii obiective, ci pe baza experienţelor subiective de plăcere şi neplăcere.

Astfel, în timp ce sânul mamei sau faţa, mâinile, părul pot fi tratate (sau maltratate) de copil ca părţi ale propriei sale organizări, foamea lui, oboseala lui, neplăcerile lui sunt grija ei, la fel de mult cât sunt şi grija lui însuşi. Deşi viaţa copilului mic va fi în întregime dominată, de-a lungul întregii copilării timpurii, de nevoi corporale, impulsuri corporale şi derivatele acestora, cantităţile şi calităţile satisfacţiei şi neplăcerii sunt determinate nu de el însuşi, ci de influenţele mediului. Singurele excepţii de la această regulă sunt gratificările autoerotice care se află sub propria gestiune a copilului de la bun început şi, astfel, îi furnizează o anume măsură, circumscrisă, de independenţă faţă de lumea obiectelor. În contrast cu acestea, aşa cum va fi arătat mai jos, procesele hrănirii, somnului, evacuării, igienei corporale şi prevenirii rănirii şi bolii vor avea de străbătut dezvoltări complexe şi îndelungate, înainte ca ele să ajungă preocuparea personală a individului în creştere.

DE LA SUPT LA ALIMENTAŢIA RAŢIONALĂ

Trebuie parcursă o linie lungă înainte ca un copil să ajungă la un punct în care, de exemplu, să poată regla, cantitativ şi calitativ, propriul aport alimentar în mod activ şi raţional, pe baza nevoilor şi apetitului propriu şi independent de relaţiile cu cel care furnizează hrana şi de fantasme conştiente şi inconştiente. Paşii pe această cale sunt aproximativ după cum urmează:

(1) A fi alăptat la sân sau biberon, după un orar sau la cerere, cu problemele comune legate de aport, cauzate parţial de fluctuaţiile normale ale apetitului copilului şi de deranjamentele intestinale, şi parţial de atitudinile şi anxietăţile mamei privitoare la hrănire; interferenţa cu satisfacera nevoilor cauzată de perioade de foame, de aşteptări excesive ale meselor, de raţionalizări sau hrănire forţată, vor pune bazele primelor şi adesea durabilelor perturbări în relaţia pozitivă cu mâncarea. Suptul de plăcere apare ca un preambul, subprodus al hrănitului, substitut pentru sau interferenţă cu

(2) înţărcatul de la sân sau de la biberon, iniţiat fie de copilul însuşi, fie în funcţie de dorinţele mamei. În ultima situaţie, şi mai ales dacă este efectuat în mod abrupt, protestele copilului împotriva deprivării orale au rezultate adverse pentru plăcerea normală pentru

mâncare. Dificultăţile pot surveni o dată cu introducerea solidelor, noile gusturi şi consistenţe fiind fie bine primite, fie respinse;

(3) tranziţia de la a fi hrănit la auto-hrănire, cu sau fără alte instrumente, „mâncarea“ şi „mama“ fiind încă identificate una cu cealaltă;

(4) auto-hrănirea cu ajutorul lingurii, furculiţei etc., dezacordul cu mama despre cantitatea aportului fiind adesea deplasat către forma aportului, adică bunele maniere la masă; mesele ca un câmp general de lupte în care se pot înfrunta dificultăţile din relaţia mamă-copil; tânjitul după dulciuri ca un substitut adecvat vârstei pentru plăcerea orală a suptului; capriciile la mâncare ca un rezultat al educaţiei anale, adică a nou achiziţionatei formaţiuni reacţionale de dezgust;

(5) slăbirea progresivă a egalităţii mâncare-mamă în perioada oedipiană. Atitudinile iraţionale faţă de mâncare sunt determniate acum de teoriile sexuale infantile, adică fantasmele de însămânţare prin gură (frica de otrăvire), despre sarcina (teama da a se îngrăşa), de naştere prin anus (frica de a băga şi de a scoate), la fel de bine ca şi de formaţiunile reacţionale împotriva canibalismului şi sadismului;

(6) slăbirea treptată a sexualizării mâncatului în perioada de latenţă, cu plăcerea pentru mâncat restrânsă sau uneori crescută. Sporirea atitudinilor raţionale faţă de mâncare şi iniţiativa proprie în alimentare, experienţele timpurii pe această linie fiind decisive în modelarea obiceiurilor alimentare ale individului în viaţa adultă, a gusturilor sale, preferinţelor cât şi eventualelor dependenţe şi aversiuni în ceea ce priveşte mâncarea şi băututra.

Reacţiile copilului la schimbări în faza 2 (cum ar fi la înţărcat şi la introducerea de noi gusturi şi consistenţe) reflectă pentru prima dată înclinaţia sa atât spre progres, cât şi spre aventură (atunci când noile experienţe sunt binevenite) sau agăţarea tenace de plăcerile existente (atunci când orice schimbare este trăită ca ameninţare şi deprivare). Va fi de aşteptat, orice atitudine ar domina, ca preocesul hrănirii să devină important şi în alte zone de dezvoltare.

Egalitatea mâncare-mamă, care persistă pe parcursul fazelor 1-4, furnizează baza raţională pentru convingerea subiectivă a mamei că fiecare refuz alimentar al copilului este îndreptat împotriva ei personal, adică exprimă respingerea de către copil a grijii şi atenţiei sale materne, o convingere care cauzează o mare parte din sensibilitatea exagerată în mânuirea proceselor hrănirii şi alimentează bătălia dusă de mamă în privinţa mâncării. Explică, de asemenea, de ce în aceste faze refuzul alimentar şi capriciile alimentare extreme pot fi eludate prin substituirea temporară a mamei cu un străin, adică cu o persoană neinvestită sau investită în mod diferit în situaţia hrănirii. Copiii vor mânca deci în spital, la şcoala cu program prelungit, sau în vizită, dar acestea nu vor vindeca dificultăţile lor alimentare de acasă, ce survin în prezenţa mamei. Asta explică şi de ce despărţirile traumatice de mamă sunt adesea urmate de refuzul mâncării (respingerea substitutului matern), sau de lăcomie sau supralimentare (tratând mâncarea ca pe un sustitut al iubirii materne).

Tulburările alimentare ale fazei 5, care nu sunt legate de un obiect extern, ci sunt cauzate de conflicte interne, structurale, nu sunt afectate nici de prezenţa, nici de absenţa materială a mamei, fapt care poate fi folosit în diagnosticul diferenţial.

După faza 6, când aranjamentele pentru luarea mesei au devenit preocuparea personală a individului matur, bătălia iniţială cu mama poate fi înlocuită de dezacordurile interne între dorinţa manifestă de a mânca şi o incapacitate determinată inconştient de a tolera anumite mâncăruri, adică diversele capricii alimentare şi deranjamente digestive nevrotice.

DE LA UDAT ŞI MÂNJIT, LA CONTROLUL VEZICAL ŞI INTESTINAL

În măsura în care scopul urmărit pe această linie nu este supravieţuirea relativ intactă a derivatelor pulsionale, ci controlul, modificarea şi transformarea tendinţelor uretrale şi anale, conflictele între Sine, Eu, Supraeu şi forţele mediului devin în mod special evidente.

(1) Durata primei faze, în timpul căreia copilul are libertatea totală de a uda şi de mânji, nu este determinată maturaţional, ci de mediu, adică de momentul interferenţei mamei, care, la rândul său, este influenţată de nevoile personale, sociale, familiale sau de convenţii medicale. În aceste condiţii, această fază poate dura de la câteva zile (educare de la naştere bazată pe acţiunea reflexului) la doi sau trei ani (educare bazată pe ideea de relaţionare cu obiectul şi de control al Eului).

(2) În contrast cu prima fază, cea de-a doua fază este iniţiată printr-un

pas în maturizare. Rolul dominant în activitatea pulsională trece de la zona orală la cea anală şi, datorită acestei tranziţii, copilul îşi întăreşte opoziţia sa la orice interferenţă în preocupările care i-au devenit vitale emoţional. Deoarece în această fază produsele corpului sunt înalt investite cu libido, sunt şi preţioase pentru copil şi tratate ca „daruri" care sunt predate mamei în semn de iubire; în timp ce ele sunt investite de asemenea cu agresivitate, ele sunt arme prin intermediul cărora furia, dezamăgirea, supărarea pot fi descărcate în relaţionarea cu obiectul. În corespondenţă cu această dublă investire a produselor corporale, întreaga atitudine a copilului faţă de lumea de obiecte este dominată de ambivalenţă, adică de răsturnări violente între iubire şi ură (libidoul şi agresivitatea nefiind intricate). Această dublă investire îşi găseşte perechea, de partea Eului, în curiozitatea direcţionată înspre interiorul corpului, în plăcerea obţinută atât din murdărit, modelat, jucatul cu reţinerea, golitul, păstratul cât şi din dominaţie, posedare, distrugere etc. În timp ce tendinţele arătate de copii în această fază sunt destul de uniforme, evenimentele în sine variază odată cu diferenţele în atitudinea mamei. Dacă ea reuşeşte să rămână sensibilă la nevoile copilului şi, identificându-se cu ele aşa cum se identifică de obicei în raport cu hrănirea, va media în mod empatic între cerinţa de curăţenie din partea mediului şi tendinţele anale şi uretrale opuse, în acest caz educaţia sfincteriană va surveni treptat, fără evenimente şi fără răsturnări de situaţie. Pe de altă pare, o asemena empatie cu copilul în stadiul anal poate fi imposibilă pentru mamă din cauza propriei sale educaţii, formaţiunilor reacţionale proprii de dezgust, ordine şi punctualitate sau a altor elemente obsesionale ale personalităţii ei. Dacă este dominată de acestea, ea va prezenta cererea de control anal şi uretral într-o manieră abruptă şi de neînţeles şi va rezulta o bătălie majoră, între copilul având intenţia de a-şi apăra dreptul său asupra evacuării nerestricţionate şi mama care este angajată în instaurarea curăţeniei şi regularităţii şi o dată cu ele rudimentele şi *sine qua non* ale socializării.

(3) în cea de-a treia fază, copilul acceptă şi preia atitudinile mamei şi ale mediului faţă de curăţenie şi, prin identificare, le face o parte integrantă a cerinţelor Eului şi Supraeului; de aici înainte, lupta pentru curăţenie este un percept intern şi nu extern şi barierele interioare împotriva dorinţelor uretrale şi anale sunt stabilite prin acţiunea defensivă a Eului, în binecunoscuta formă a refulării şi formaţiunii reacţionale. Dezgustul, curăţenia, ordinea, neplăcutul mâinilor murdare, apără împotriva întoarcerii refulatului; punctualitatea, conştiinciozitatea şi seriozitatea apar ca subproduse ale regularităţii anale; înclinaţia spre a economisi, a colecta dau dovada înaltei valorizări anale deplasată asupra altor chestiuni. Pe scurt, ceea ce are loc în această perioadă sunt modificarea cu bătaie lungă şi transformarea derivatelor pulsionale pregenitale anale care – păstrate în limite normale – furnizează personalităţii individului o coloană vertebrală formată din calităţi de înaltă valoare.
Este important de reamintit în privinţa acestor achiziţii că ele se bazează pe identificări şi internalizări şi, în acest fel, nu sunt pe deplin asigurate înainte de trecerea la complexul oedipian. Controlul anal preoedipian rămâne vulnerabil şi, în special la începutul celei de-a treia faze, rămâne dependent de obiecte şi de stabilitatea relaţionărilor pozitive cu ele. De exemplu, un copil care este învăţat să folosească oliţa sau toaleta acasă, nu le va schimba automat cu unele nefamiliare, fiind departe de mamă. Un copil care este profund dezamăgit de mama sa, sau este separat de ea, sau suferă de pierderea obiectului în orice formă, poate nu doar pierde nevoia internalizată de a fi curat, ci şi poate de asemenea reactiva folosirea agresivă a eliminării. Amândouă vor avea ca rezultat apariţii ale udării şi mânjirii care au aparenţa unor „accidente".

(4) Abia în cea de-a patra fază controlul vezicii şi al intestinelor devine pe deplin sigur. Această siguranţă va surveni în momentul în care preocuparea pentru curăţenie este deconectată de la legăturile sale cu obiectul şi atinge statutul unei preocupări complet neutre şi autonome a Eului şi a Supraeului.[1]

DE LA IRESPONSABILITATE LA RESPONSABILITATE ÎN GESTIONAREA CORPULUI

Faptul că satisfacerea unor nevoi fizice, cum ar fi hrănitul şi evacuarea[2] rămân mulţi ani sub control extern şi ies de sub acesta cu paşi atât de

[1] Vezi H. Hartmann (1950b) despre „autonomia secundară a Eului".
[2] De asemeni somnul.

mici, corespunde bine manierei, în egală măsură lentă şi gradată, în care copiii îşi asumă responsabilitatea pentru îngrijirea propriului corp şi a protecţiei împotriva răului. Cum a fost descris pe larg în altă parte (A. Freud, 1952), copilul cu un maternaj bun lasă în cea mai mare parte aceste griji mamei, în timp ce el îşi permite atitudini de indiferenţă şi lipsă de preocupare, sau chiar totala nepăsare, ca pe o armă în bătălia cu ea. Doar cel cu un maternaj insuficient sau fără mamă va adopta rolul mamei în chestiunile de sănătate şi va juca jocul „mamei şi copilului" cu propriul lui corp, cum fac ipohondrii.

Pe linia progresivă pozitivă, tot aici trebuiesc distinse una de cealaltă câteva faze consecutive, deşi cunoaşterea noastră prezentă asupra lor este mult mai schematică decât în alte domenii.

(1) În primul rând, ca un pas în maturizare în primele câteva luni de viaţă, este o schimbare în direcţia agresivităţii, de la trăirea sa asupra corpului, cu întoarcerea sa spre lumea exterioară. Acest pas vital pune limite auto-vătămării din muşcat, scărpinat etc, deşi indicii ale unor asemenea tendinţe pot fi văzute de asemenea la mulţi copii ca autentice rămăşiţe, la vârste mai târzii.[1] Mişcarea normală de înaintare se desfăşoară parţial datorită instalării barierei durerii, parţial datorită răspunsului copilului la investirea libidinală de către mamă a corpului său cu propria sa investire narcisică (conform lui Hoffer, 1950).

(2) Ceea ce se face resimţit în continuarea acestora, sunt avansările în funcţionarea Eului, cum ar fi orientarea în lumea externă, înţelegerea cauzei şi efectului, controlul dorinţelor periculoase, în serviciul principiului realităţii. Împreună cu bariera durerii şi investirea narcisică a corpului, aceste funcţii nou achiziţionate protejează copilul împotriva unor pericole externe cum ar fi apa, focul, înălţimile etc. Dar există multe exemple de copii la care – datorită unei deficienţe într-una sau alta dintre aceste funcţii ale Eului – avansarea este întârziată astfel încât ei rămân neobişnuit de vulnerabili şi expuşi dacă nu sunt protejaţi de lumea adultă.

(3) Ceea ce apare în mod normal în final este subscrierea voluntară de

[1] Asemenea rămăşiţe nu ar trebui confundate cu „întoarcerea agresiunii împotriva Selfului" de mai târziu, care nu este un defect în maturizare, ci un mecanism de apărare folosit de către Eu sub impactul conflictului.

către copil la regulile de igienă şi la necesităţile medicale. În ceea ce priveşte evitarea mâncării neaspectuoase, a supralimentării şi păstrării curăţeniei corporale, din cele spuse aici nu se poate trage o concluzie, de vreme ce atitudinile relevante aparţin mai degrabă vicisitudinilor pulsiunilor parţiale orale şi anale, decât liniei prezente. Lucrurile nu stau aşa în ceea ce priveşte evitarea îmbolnăvirii sau complianţa la recomandările doctorului cu privire la luarea medicamentelor şi restricţiilor de dietă şi motorii. Frica, vinovăţia, angoasa de castrare pot motiva, desigur, orice copil să fie grijuliu (adică temător) pentru siguranţa corpului său. Dar, când nu sunt sub influenţa acestora, copiii normali vor remarcabil de inflexibili şi obstructivi în chestiunile de sănătate. Conform plângerilor frecvente ale mamelor, ei se poartă ca şi cum ar reclama că este dreptul lor de a-şi pune în pericol propria sănătate în timp ce lasă în seama mamelor faptul de a o proteja şi de a o restabili, o atitudine care durează adesea până la sfârşitul adolescenţei şi poate reprezenta ultimul reziduu al simbiozei originale între copil şi mamă.

Alte exemple de linii de dezvoltare

Există multe alte exemple de linii de dezvoltare, cum ar fi cele două date mai jos, în care fiecare pas este cunoscut analistului, şi care pot fi urmărite fără dificultate, fie elaborând asupra trecutului prin reconstrucţie din imaginea adultului, fie prin elaborări anticipate, prin mijloacele explorării analitice longitudinale şi observaţiei copilului.

DE LA EGOCENTRISM LA RELAŢIONARE

În descrierea creşterii unui copil sub acest aspect particular, poate fi urmărită o secvenţialitate care se prezintă după cum urmează:

(1) o perspectivă egoistă, orientată narcisic asupra lumii obiectale, în care ceilalţi copii fie nu figurează deloc, fie sunt percepuţi doar în rolul lor de perturbatori ai relaţiei mamă-copil şi rivali în raport cu iubirea părinţilor;

(2) ceilalţi copii priviţi ca obiecte neînsufleţite, jucării care pot fi mânuite, împinse de la spate, căutate şi aruncate după cum cere

dispoziţia, fără a aştepta vreun răspuns pozitiv sau negativ de la aceştia;

(3) ceilalţi copii priviţi ca ajutoare în îndeplinirea unor sarcini dorite, cum ar fi jucatul, construitul, distrusul şi cauzatul de năzbâtii diverse etc., durata acestui parteneriat fiind determinată de sarcina respectivă şi fiind secundară acesteia;

(4) ceilalţi copii ca parteneri şi obiecte în drepturi depline, pe care copilul îi poate admira, de care se poate teme, sau cu care poate intra în competiţie, pe care copilul îi iubeşte sau urăşte, cu ale căror sentimente se identifică, de ale căror dorinţe ia cunoştinţă şi pe care adesea le respectă şi cu care poate împărţi posesiuni în baza unei egalităţi.

În primele două faze, deşi este alintat şi tolerat ca bebeluş de fraţii mai mari, copilul care tocmai a făcut primii paşi este prin necesitate asocial, oricâte eforturi în sens contrariu ar face mama; viaţa în comunitate la acest stadiu poate fi suportată, dar nu va fi profitabilă. Al treilea stadiu reprezintă cerinţa minimă pentru socializare în forma acceptării în comunitatea familiei a fraţilor mai mari sau a intrării într-un grup de copii de aceeaşi vârstă la o grădiniţă. Abia al patrulea stadiu va înzestra copilul pentru relaţionare, duşmănii şi prietenii de orice tip şi durată.

DE LA CORP LA JUCĂRIE ŞI DE LA JOACĂ LA MUNCĂ

(1) Jocul începe la bebeluş ca o activitate ce produce plăcere erotică, implicând gura, degetele, vederea, întreaga suprafaţă a pielii. Jocul se desfăşoară asupra propriului corp al copilului (joc autoerotic) sau asupra corpului mamei (de obicei în legătură cu hrănitul) fără o distincţie clară între cele două şi fără o ordine sau fără faptul ca una să o preceadă pe cealaltă.

(2) Proprietăţile corpului mamei şi copilului sunt transferate asupra unui material moale, cum ar fi o babeţică, o pernuţă, o cuvertură, un ursuleţ care serveşte ca prim obiect de joacă copilului, obiectul tranziţional (conform cu Winnicott, 1953) care este investit atât cu libido narcisic, cât şi cu libido obiectal.

(3) Agăţarea de un obiect tranziţional anume se dezvoltă mai departe

într-o înclinaţie mai puţin selectivă pentru diferite jucării moi care, ca obiecte simbolice, sunt alintate şi maltratate alternativ (investite cu libido şi agresivitate). Faptul că acestea sunt obiecte neînsufleţite şi, în consecinţă, nu se răzbună, permite copilului care tocmai a făcut primii paşi să-şi exprime întreaga scală a ambivalenţei asupra lor.

(4) Jucăriile ce pot fi alintate pălesc treptat, cu excepţia momentului mersului la culcare, când – în calitatea lor de obiecte tranziţionale – ele continuă să faciliteze trecerea copilului de la participarea activă la lumea externă la retragerea narcisică necesară somnului.

În timpul zilei, locul lor este luat din ce în ce mai mult de materialul de joc care nu posedă statut de obiect prin el însuşi, dar care serveşte activităţilor Eului şi fantasmelor subiacente acestora. Aceste activităţi fie gratifică direct unul dintre instinctele componente, fie sunt investite cu energii pulsionale deplasate şi sublimate, succesiunea lor cronologică fiind aproximativ după cum urmează:

(a) jucării oferind ocazii pentru activităţi ale Eului cum ar fi umplerea-golirea, deschiderea-închiderea, potrivirea în, murdărirea etc., interesul pentru acestea fiind deplasat de la orificiile corpului şi funcţiile acestora;
(b) jucării care se mişcă furnizând plăcerea mişcării;
(c) material de construcţii oferind ocazii egale de construire şi distrugere (în corespondenţă cu tendinţele ambivalente ale fazei sadic-anale);
(d) jucării servind exprimării tendinţelor şi atitudinilor masculine şi feminine, pentru a fi utilizate
    (i) în joc de rol solitar,
    (ii) pentru afişarea obiectului oedipian (servind exhibiţionismului falic),
    (iii) pentru punerea în scenă a diferitelor situaţii ale complexului Oedip în jocul de grup (presupunând că stadiul 3 pe linia de dezvoltare către relaţionare a fost atins).

Expresiile masculinităţii pot fi preluate şi de activitatea Eului în gimnastică şi acrobaţie, în care întregul corp al copilului şi manipularea sa plină de măiestrie reprezintă, afişează şi oferă bucurie simbolică prin activitatea şi stăpânirea falică.

(5) satisfacţia directă sau deplasată din activitatea de joc însăşi face loc din ce în ce mai mult plăcerii găsite în produsul finit al activităţii,

plăcere care a fost descrisă în psihologia academică ca plăcerea îndeplinirii sarcinii, rezolvării problemei etc. Este considerată de anumiţi autori ca o condiţie esenţială, indispensabilă pentru o performanţă şcolară de succes a copilului (Buhler, 1935).

Maniera exactă în care această plăcere de a îndeplini ceva este legată de viaţa instinctuală a copilului este încă o problemă deschisă în gândirea noastră teoretică, deşi diverşi factori operativi par inconfundabili, cum ar fi imitaţia şi identificarea în relaţia timpurie mamă-copil, influenţa Idealului Eului, transformarea pasivului în activ ca mecanism de apărare şi adaptare, şi nevoia internă de maturizare, de dezvoltare progresivă.

Această plăcere în îndeplinire, legată doar secundar cu relaţiile de obiect, care este prezentă la copiii foarte mici ca o capacitate latentă, este demonstrată într-o manieră practică de succesele metodei Montessori. În această metodă, materialul de joc de la grădiniţă este selectat în aşa fel încât să permită copilului maximum de creştere a stimei de sine şi a gratificării, prin mijloacele îndeplinirii sarcinii şi rezolvării independente a problemei. Se poate observa un răspuns pozitiv la astfel de ocazii, din partea copiilor, încă din stadiul primilor paşi.

Atunci când această sursă de gratificare nu este ridicată la acest rang prin aranjamente exterioare, plăcerea derivată din realizarea în joc rămâne mai direct corelată cu lauda şi aprobarea dată de lumea obiectelor, iar achiziţia satisfacţiei din produsul finit va avea loc de-abia la o dată mai târzie, probabil ca rezultat al internalizării unor surse externe de stimă de sine.

(6) Capacitatea de a se juca se transformă în capacitatea de a *munci*[1] în momentul în care un număr de capacităţi suplimentare sunt achiziţionate după cum urmează:

(a) a controla, inhiba sau modifica impulsurile de a folosi materialele date, în mod agresiv şi distructiv (a nu azvârli, rupe, murdări, păstra), în schimb a le folosi pozitiv şi constructiv (a construi, planifica, învăţa şi – în viaţa comunitară – a împărtăşi);

(b) a duce la îndeplinire planuri concepute anterior cu un minimum de preocupare pentru lipsa producerii de plăcere imediată, pentru frustrările ce intervin etc. şi maximum de preocupare pentru plăcerea dată de rezultatul final;

(c) a achiziţiona, deci, nu numai tranziţia de la plăcerea primitivă instinctuală la cea sublimată, împreună cu un înalt grad de neutralizare a energiei implicate, ci şi tranziţia de la principiul plăcerii la principiul realităţii, dezvoltare care este esenţială pentru succesul practicii, în perioada de latenţă, adolescenţă şi maturitate.

[1] Ceea ce se încearcă aici nu este o definiţie a muncii cu toate implicaţiile sale sociale, cât şi psihologice, ci mai degrabă o descriere a paşilor înainte făcuţi în dezvoltarea Eului şi în controlul pulsiunilor ce par să fie premisele necesare achiziţiei capacităţii de a munci pentru fiecare persoană.

Derivând din linia de dezvoltare de la corp la jucărie şi de la joc la muncă, bazându-se predominant pe ultimele lor stadii există un număr de activităţi aliate care sunt semnificative pentru dezvoltarea personalităţii, cum ar fi reveria, jocurile şi hobby-urile.

Reveria: când jucăriile şi activităţile legate de acestea pălesc în fundal, dorinţele puse până atunci în acţiune cu ajutorul obiectelor materiale, adică îndeplinite în joc, pot fi continuate imaginativ în forma reveriilor conştiente, activitate fantasmatică ce poate persista până la adolescenţă, sau chiar mult mai departe.

Jocurile: jocurile îşi derivă originea din activităţile imaginative de grup ale perioadei oedipiene (vezi stadiul 4, d, iii), de la care ele se dezvoltă în expresii simbolice şi foarte formalizate ale tendinţelor către atac agresiv, apărare, competiţie etc. Din moment ce ele sunt guvernate de reguli inflexibile la care fiecare persoană participantă trebuie să se supună, un copil nu poate participa cu succes la ele înainte de a achiziţiona o oarecare adaptare la realitate şi o oarecare toleranţă la frustrare şi, natural, nu înainte de a fi atins stadiul 3 pe linia de dezvoltare către relaţionare.

Jocurile pot necesita o înzestrare (diferit de jucării). Cum în multe cazuri acesta are o semnificaţie falic-simbolică, adică masculin-agresivă, el este intens valorizat de copil.

În multe jocuri de competiţie, corpul însuşi al copilului şi abilităţile sale corporale joacă rol de instrumente indispensabile.

Excelenţa şi plăcerea în jocuri sunt deci o achiziţie complexă dependentă de contribuţii din mai multe arii ale personalităţii copilului, cum ar fi înzestrările şi integritatea aparatului motor; o investire pozitivă a corpului şi a aptitudinilor acestuia; acceptarea companiei şi vieţii de grup; anagajarea pozitivă a agresiunii controlate în serviciul ambiţiei etc. În mod corespunzător, funcţionarea în această arie este deschisă

unui număr egal de tulburări ce pot rezulta din dificultăţile de dezvoltare şi din inadecvările din oricare dintre aceste arii, cât şi din inhibiţiile, determinate de fază, ale agresivităţii anale şi masculinităţii falic-oedipiene

Hobby-uri: La jumătatea drumului între joc şi muncă este locul hobby-urilor, care au anumite aspecte în comun cu ambele activităţi. Cu jocul, ele împărtăşesc un număr de caracteristici:

(a) a fi practicate în scopuri de plăcere, cu o comparativă desconsiderare faţă de necesităţile şi presiunile externe;
(b) a urmări scopuri deplasate, deci sublimate, scopuri care nu sunt totuşi prea îndepărtate de gratificarea pulsiunii erotice sau agresive;
(c) a urmări aceste scopuri cu o combinaţie de energie pulsională nemodificată şi energie în diverse stări şi grade de neutralizare.

Hobby-urile împărtăşesc cu atitudinile din muncă, aşa cum au fost descrise mai sus, trăsătura importantă a unui plan conceput dinainte, care este urmărit într-un mod adaptat la realitate şi dus la bun sfârşit de-a lungul unei perioade considerabile de timp, chiar în pofida unor frustrări şi dificultăţi exterioare.

Hobby-urile apar pentru prima oară la începutul perioadei de latenţă (colecţionatul, urmăritul cu privirea, specializarea intereselor), suferă un număr de schimbări în conţinut, dar pot persista sub aceeaşi formă de activitate de-a lungul întregii vieţi.

Corespondenţa între liniile de dezvoltare

Dacă examinăm în detaliu noţiunile noastre de normalitate medie, vom observa că ne aşteptăm la o corespondenţă relativ strânsă între nivelele de creştere pe diferitele linii de dezvoltare. În termeni clinici, aceasta înseamnă că, pentru a fi o personalitate armonioasă, un copil care a atins un anumit stadiu în succesiunea către maturitatea emoţională (de exemplu constanţa obiectului), ar trebui să fi obţinut de asemenea nivele corespunzătoare în creşterea sa către independenţa corporală (cum ar fi controlul micţiunii şi defecaţiei, slăbirea legăturii dintre mâncare şi mamă), în liniile spre relaţionare, joc constructiv etc. Persistăm în această aşteptare a normalului, deşi realitatea ne prezintă multe exemple contrarii. Fără îndoială, există numeroşi copii care prezintă un model foarte neregulat în creştere. Ei pot prezenta un avans în anumite direcţii (cum ar fi maturitatea relaţiilor emoţionale, independenţa corporală etc.) în timp ce sunt înapoiaţi în altele (cum ar fi jocul în care continuă să se agaţe de obiecte tranziţionale, jucării pufoase sau în dezvoltarea relaţiilor în care persistă tratarea celor de aceeaşi vârstă ca elemente perturbatoare sau obiecte neînsufleţite). Unii copii sunt bine dezvoltaţi către gândirea secundară, vorbire, joc, practică, viaţa în comunitate în timp ce rămân într-o stare de dependenţă în ceea ce priveşte gestionarea propriilor procese corporale etc.

Astfel de dezechilibre între liniile de dezvoltare generează suficientă fricţiune în copilărie pentru a justifica o investigaţie mai aprofundată a circumstanţelor care le-au generat, în special în raport cu întrebarea în ce măsură sunt ele determinate de dispoziţii înnăscute şi în ce măsură de probleme de mediu.

Ca şi în toate situaţiile similare, sarcina noastră nu este să izolăm cei doi factori şi să atribuim fiecăruia câte un câmp separat de influenţă, ci să urmărim interacţiunile acestora, ceea ce poate fi descris după cum urmează:

Presupunem că la toţi copiii cu o înzestrare normală şi neafectaţi organic, liniile de dezvoltare indicate mai sus sunt incluse în constituţia lor, ca posibilităţi inerente. De partea Sinelui, înzestrarea ce le corespunde este reprezentată în mod evident de succesiunea etapelor de maturizare în dezvoltarea libidoului şi agresivităţii; de partea Eului, mai puţin evidente şi mai puţin bine studiate, există anumite tendinţe înnăscute către organizare, apărare şi structurare; probabil mai mult decât atât, deşi ştim chiar mai puţine despre asta, există şi anumite diferenţe cantitative în accentul pus pe progresul într-o direcţie sau alta. În rest, va trebui să căutăm influenţele accidentale ale mediului care favorizează progresul special al unor linii individuale de dezvoltare. În analizele copiilor mai mari şi în reconstrucţiile din analizele adulţilor, am găsit aceste forţe întruchipate de personalităţile părinţilor, de idealurile şi acţiunile lor, de atmosfera familiei şi de impactul cadrului cultural în ansamblu. Prin observarea analitică a copiilor mici s-a demonstrat că interesele particulare şi predilecţiile mamei sunt cele care acţionează ca stimuli. Cel puţin la începutul vieţii, bebeluşii par să se concentreze, în cadrul dezvoltării lor, asupra acelor linii care vor produce în modul cel mai evident iubirea şi aprobarea mamei, adică plăcerea ei spontană faţă de realizările copilului şi par, prin comparaţie, să le neglijeze pe celelalte, în care o asemenea aprobare nu este oferită. Aceasta implică faptul că activităţile care sunt aclamate de mamă sunt repetate mai frecvent, devin investite libidinal şi stimulate, în consecinţă, spre creştere ulterioară.

De exemplu, faptul că o mamă, din motive ce ţin de propria structură a personalităţii, ia contact cu bebeluşul ei, nu pe canalele corporale, ci prin vorbire pare să producă o diferenţă în temporizarea dezvoltării vorbirii şi în calitatea verbalizărilor timpurii. Unele mame nu găsesc nici o plăcere în aventurile bebeluşului ce creşte şi în indisciplina sa corporală, dar trăiesc cele mai plăcute şi mai intime momente când bebeluşul zâmbeşte. Am văzut cel puţin o astfel de mamă al cărei bebeluş făcea uz constant şi dezordonat de zâmbet în abordările sale faţă de întregul mediu. Nu este un fapt necunoscut acela că un contact timpuriu cu mama prin cântecul ei are consecinţe pentru atitudinile ulterioare faţă de muzică şi poate promova aptitudini muzicale speciale. Pe de altă parte, dezinteresul marcat al mamei faţă de corpul copilului şi faţă de motilitatea lui în dezvoltare, poate avea ca rezultat stângăcie, lipsă de graţie în mişcări etc.

A fost de asemenea cunoscut în cadrul psihanalizei, cu mult înainte de a fi făcute astfel de observaţii asupra bebeluşilor, că dispoziţia depresivă a mamei în primii doi ani după naştere creează în copil o tendinţă la depresie (deşi aceasta poate să nu se manifeste decât mulţi ani mai târziu). Ceea ce se întâmplă este că astfel de bebeluşi obţin sentimentul de unitate şi armonie cu mama deprimată nu pe calea achiziţiilor lor în dezvoltare, ci reproducând dispoziţia mamei în ei înşişi.

Toate acestea nu înseamnă nimic mai mult decât faptul că tendinţele, înclinaţiile, predilecţiile (incluzând tendinţa la depresie, la atitudini masochiste etc.), care sunt prezente în toate fiinţele umane, pot fi erotizate şi stimulate spre creştere prin formarea de legături emoţionale între copil şi primul său obiect.

Dezechilibrul dintre liniile de dezvoltare, care este creat în acest mod, nu este pe atât de patologic pe cât pare. O dizarmonie moderată nu face nimic mai mult decât să pregătească terenul pentru nenumăratele diferenţe, aşa cum există ele între indivizi, încă de la o dată timpurie, adică produc multiple *variţii ale normalităţii* cu care noi ne vom confrunta.

Aplicaţii: intrarea la grădiniţă drept ilustrare

Pentru a ne reîntoarce la întrebările şi problemele ridicate de părinţi, care au fost menţionate mai sus:

Păstrând în minte punctele menţionate mai sus, analistul de copii poate înceta să răspundă la acestea pe baza vârstei cronologice a copilului, factor care este lipsit de semnificaţie psihologică; sau pe baza prizei

intelectuale a copilului asupra situaţiei, care este o viziune diagnostică unilaterală. Este preferabil ca el să gândească în termeni de diferenţe psihologice fundamentale între matur şi imatur, şi în termeni de linii de dezvoltare. Disponibilitatea copilului de a trăi evenimente cum ar fi naşterea unui frate, spitalizarea, intrarea la şcoală etc. este astfel privită ca un rezultat direct al progresului dezvoltării pe toate acele linii care au o anumită legătură cu respectiva experienţă. Dacă staţiile corespunzătoare au fost atinse, întâmplarea va fi constructivă şi în beneficiul copilului; dacă aceasta nu s-a întâmplat, pe unele sau toate liniile implicate, copilul se va simţi zăpăcit şi suprasolicitat, şi nici un efort din partea părinţilor, profesorilor sau îngrijitoarelor nu va preveni stresul, nefericirea şi sentimentul de eşec care de multe ori iau proporţii traumatice.

Un astfel de „diagnostic al copilului normal" poate fi ilustrat de un exemplu practic, luând – ca una dintre multele – chestiunea referitoare la circumstanţele de dezvoltare în care un copil este gata să părăsească temporar împrejurimile căminului său pentru prima dată, să renunţe la apropierea strânsă cu mama şi să pătrundă în viaţa de grup într-o grădiniţă, fără să sufere un stres disproporţionat şi având un beneficiu din aceasta.

STADIUL NECESAR PE LINIA „DE LA DEPENDENŢĂ LA AUTONOMIE EMOŢIONALĂ"

În trecutul nu foarte îndepărtat, se presupunea că un copil care a ajuns la vârsta de trei ani şi şase luni ar trebui să fie capabil să se separe de mama lui din prima zi, de la uşa de intrare în clădirea grădiniţei şi că ar trebui să se adapteze la noul mediu fizic, noul educator şi noii colegi de joacă, toate într-o singură dimineaţă. Un ochi orb fusese întors către stresul noilor veniţi; plânsetele după mamele lor, lipsa iniţială de participare şi cooperare erau considerate de minimă semnificaţie. Ceea ce se întâmpla în aceste condiţii era că cei mai mulţi copii treceau printr-un stadiu iniţial de extremă nefericire, după care ei se supuneau rutinelor grădiniţei. Unii inversau această succesiune a evenimentelor. Ei începeau cu o perioadă liniştită şi o aparentă bucurie care apoi, spre surprinderea părinţilor şi educatorilor, era urmată, o săptămână mai târziu, de nefericire intensă şi de o prăbuşire a participării. În cazul acestora, reacţia întârziată era datorată unei prize intelectuale mai lente

asupra circumstanţelor exterioare. Ceea ce pare important cu privire la ambele tipuri de reacţie este faptul că în acele vremuri nu fuseseacordat nici un gând felului în care era afectat fiecare copil în interior de respectiva perioadă de stres şi dezolare şi – chiar mai important – faptul că aceasta era acceptată ca inevitabilă.

Privind din punctul nostru de vedere actual, acestea sunt inevitabile numai dacă consideraţiile legate de dezvoltare sunt neglijate. Dacă la intrarea la grădiniţă un copil de orice vârstă cronologică se găseşte încă în stadiul unu sau doi al acestei linii de dezvoltare, separarea de casă şi mamă, chiar pentru perioade scurte, nu este adecvată vârstei şi afectează nevoile sale cele mai vitale; protestul şi suferinţa în aceste condiţii sunt legitime. Dacă el a atins cel puţin *constanţa obiectului* (stadiul 3), separarea de mamă este mai puţin supărătoare, iar el este pregătit să întâlnească persoane noi şi să accepte noi asocieri şi aventuri. Chiar şi în acest caz, schimbarea trebuie să fie introdusă gradat, în doze mici, perioadele de independenţă nu trebuie să fie prea lungi şi, cel puţin la început, faptul de a se întoarce la mamă trebuie să aparţină opţiunii lui.

STADIUL NECESAR PE LINIA CĂTRE INDEPENDENŢA CORPORALĂ

Unii copii sunt deosebit de deranjaţi la grădiniţă de faptul că nu se pot bucura de mâncarea sau băuturile care le sunt oferite sau de faptul că nu pot folosi toaleta pentru a urina sau defeca. Aceasta nu depinde de tipul de mâncare oferită sau de aranjamentul toaletei, deşi copilul însuşi foloseşte de obicei drept raţionalizare faptul că acestea sunt străine. Diferenţa reală între funcţia şi disfuncţia copilului în această privinţă este cea din dezvoltare. Pe linia de dezvoltare a alimentării trebuie atins cel puţin stadiul 4 al autoalimentării; pe linia către controlul micţiunii şi defecaţiei, atitudinea către curăţenie, aparţinând stadiului 3.

STADIUL NECESAR PE LINIA CĂTRE RELAŢIONARE

Orice copil va fi un element perturbator în grupul de la grădiniţă şi nefericit în sinea lui, înainte de a atinge stadiul în care să se poată raporta la alţi copii cel puţin ca la ajutoare în joc (stadiul 3). El va

deveni un membru constructiv, un conducător, imediat ce va învăţa să-i accepte pe ceilalţi copii ca pe nişte parteneri în drepturi depline, un pas care îi permite de asemenea să formeze prietenii reale (stadiul 4). De fapt, dacă dezvoltarea în această privinţă este la un nivel mai scăzut, fie nu va fi primit la grădiniţă, fie i se va permite să o întrerupă.

STADIUL NECESAR PE LINIA DE LA JOC LA MUNCĂ

Copilul intră de obicei la grădiniţă la începutul stadiului când „materialul de joc serveşte activităţilor Eului şi fantasmelor subiacente acestora" (stadiul 4) şi urcă pe scara dezvoltării prin faza jucăriilor şi a materialului până când, la sfârşitul perioadei de grădiniţă, el atinge începutul fazei de „a munci", ce este condiţia esenţială necesară pentru intrarea la şcoală. În această privinţă, este sarcina educatorului din această perioadă să găsească corespondent nevoilor de ocupaţie şi expresie ale copilului, în materialul oferit, şi să nu creeze nici un sentiment de plictis, nici unul de eşec, rămânând prea mult în urma nevoilor copilului sau anticipându-le înainte ca acestea să apară.

În ceea ce priveşte abilitatea copilului de a se comporta adecvat la grădiniţă, aceasta nu depinde de vreuna dintre liniile de dezvoltare descrise, ci în general de relaţiile interioare între Eul şi Sinele său.

Undeva în mintea sa, chiar şi cea mai tolerantă educatoare de grădiniţă poartă în minte imaginea unui copil de grădiniţă „ideal", care nu prezintă nici un semn exterior de nerăbdare sau neastâmpăr; care cere ceea ce doreşte, în loc să apuce de-a dreptul; care îşi poate aştepta rândul; care este satisfăcut cu porţia sa corectă; care nu are accese de furie şi poate suporta dezamăgirile. Chiar dacă nici un copil nu va afişa toate aceste comportamente la un loc, ele pot fi găsite în cadrul grupului, la unul sau altul dintre copii, în raport cu unul sau altul dintre aspectele vieţii de zi cu zi. În termeni analitici, aceasta înseamnă că, în această perioadă, copiii sunt pe punctul de a învăţa cum să-şi stăpânească afectele şi impulsurile, în loc să se afle la mila acestora. Instrumentele dezvoltării aflate la dispoziţia lor în această problemă aparţin mai presus de orice creşterii Eului: avansarea de la funcţionarea proceselor primare la cele secundare, adică a fi capabil să interpoleze gândurile, să raţioneze şi să anticipeze viitorul, toate acestea între dorinţă şi acţiunea îndreptată

spre îndeplinirea ei (Hartmann, 1947); avansarea de la principiul plăcerii la principiul realităţii. Ceea ce vine în ajutorul copilului din partea Sinelui este uşurarea, adecvată vârstei – determinată probabil organic –, a urgenţei pulsiunilor.

Ceea ce va fi discutat acum, în legătură cu „rata de regresie" normală a copilului (Ernst Kris, 1950, 1951), este faptul că nu se poate aştepta de la nici un copil mic să-şi menţină cel mai bun nivel al său de performanţă sau de comportant pentru un timp nelimitat. Asemenea declinuri temporare în nivelul de funcţionare, chiar dacă survin cu uşurinţă şi în mod frecvent, nu afectează capacitatea sa de a intra la grădiniţă.

III

REGRESIA CA PRINCIPIU ÎN DEZVOLTAREA NORMALĂ

Liniile de dezvoltare şi dizarmoniile lor, descrise mai sus, nu sunt responsabile de toate complicaţiile care apar în copilărie, în special nu pentru toate obstacolele şi opririle care îi stânjenesc cursul său lin.

Faptul că există o creştere progresivă de la starea de imaturitate la cea de maturitate, în lungul liniilor înnăscute, dar şi influenţate şi modelate la fiecare pas de condiţiile de mediu, este o noţiune cu care noi suntem familiarizaţi de la procesele de creştere ale părţii organice unde procesele anatomice, fiziologice şi neurologice sunt în flux constant. Ceea ce suntem obişnuiţi să vedem în corp este faptul conform căruia creşterea avansează într-o linie directă, progresivă, până ce este atinsă vârsta adultă, invalidată doar de intervenţia severă a bolii sau rănirii şi în cele din urmă de procesele distructive, involutive de la vârsta senectuţii.

Nu există nici o îndoială că o mişcare similară progresivă susţine şi dezvoltarea psihică, adică faptul că în evoluţia activităţii pulsionale, a impulsurilor, afectelor, raţiunii şi moralităţii, individul se orientează de asemenea pe anumite căi specifice, prescrise, şi, expus circumstanţelor

mediului, le urmează până la o concluzie. Dar analogia între cele două domenii nu merge mai departe de aici. În timp ce în plan fizic, în mod normal, dezvoltarea progresivă este singura forţă înnăscută ce operează, în plan psihic trebuie invariabil luat în considerare un al doilea set, auxiliar, de influenţe care lucrează în direcţia opusă şi anume, fixaţiile şi regresiile. Doar recunoaşterea ambelor mişcări, a celei regresive şi a celei progresive şi a interacţiunilor între ele, duce la explicaţii satisfăcătoare ale întâmplărilor care au loc pe liniile de dezvoltare descrise mai sus.

Trei tipuri de regresie

Într-o completare (1914) la *Interpretarea viselor* (1900) a fost făcută distincţia între trei tipuri de regresie: (a) o regresie *topografică*, în care excitaţiile se mişcă înapoi de la zona motorie la zona senzorială a aparatului psihic până când se ajunge la sistemul perceptual; acesta este procesul regresiv care produce împlinirea halucinatorie a dorinţelor în locul gândirii raţionale; (b) o regresie *temporală* ca o revenire la structuri psihice mai vechi; (c) o regresie *formală* care face ca metodele primitive de exprimare şi reprezentare să ocupe locul celor contemporane. Este stabilit prin aceeaşi conexiune că acele „trei tipuri de regresie sunt... una singură la bază şi survin de regulă împreună; pentru că ceea ce este mai vechi în timp, este mai primitiv în formă şi, în topografia psihică, este aşezat mai aproape de zona perceptivă" (p. 548). În ciuda asemănărilor lor, pentru scopurile noastre prezente, acţiunile diferitelor tipuri de regresie par suficient de diferite pentru a fi discutate şi tratate în mod separat, cu privire la diferitele părţi ale personalităţii individului imatur şi chiar pentru a fi subdivizate ulterior.

Pentru a facilita gândirea în limbajul nostru curent metapsihologic, încep prin a traduce concepţia topografică mai timpurie a aparatului psihic în termenii structurali de mai târziu. Citatul din *Interpretarea viselor* poate fi acum citit astfel: că regresia poate surveni în toate cele trei părţi ale structurii personalităţii, în Sine, la fel de bine ca şi în Eu şi Supraeu; şi că ea poate implica conţinutul psihic, la fel de bine ca şi metodele de funcţionare; că regresia *temporală* va implica impulsurile direcţionate pe scop, reprezentările obiectului şi conţinutul fantasmei; regresia *topografică* şi cea *formală* va interesa funcţiile Eului, procesul secundar de gândire, principiul realităţii etc.

Regresia pulsională şi cea a dezvoltării libidinale

Cel mai profund studiată în analiză este regresia temporală a pulsiunii şi a dezvoltării libidinale. Ceea ce este afectat aici, pe de o parte, este alegerea obiectelor şi relaţiile cu ele, cu întoarcerea consecutivă la cele cu semnificaţie timpurie şi la expresiile cele mai infantile de dependenţă. Pe de altă parte, organizarea pulsională ca un întreg poate fi afectată şi reîntoarsă la nivelele pregenitale mai timpurii, iar manifestările agresive care le însoţesc pot fi aduse în prim plan. Regresia, în această privinţă se consideră a fi bazată pe o caracteristică specifică a dezvoltării pulsionale şi anume, pe faptul că, în timp ce libidoul şi agresivitatea avansează de la un nivel la următorul şi investesc obiectele care servesc satisfacţiei de la fiecare stadiu, nici una dintre staţiile de pe drum nefiind complet părăsită, aşa cum se întâmplă pe latura organică. În timp ce o parte a energiei libidinale este pe un drum înainte, alte porţiuni din ea, în cantităţi variabile, rămân în urmă, legate la scopuri sau obiecte mai timpurii şi crează aşa numitele *puncte de fixaţie* (la autoerotism şi narcisism, la stadiile relaţiei mamă–copil, la dependenţa preoedipiană şi oedipiană, la atitudinile sadic-anale şi pasiv-masochiste, la masturbarea falică, la exhibiţionism, la egocentrism etc.). Punctele de fixaţie pot fi cauzate de orice fel de experienţă traumatică, prin frustrare excesivă sau gratificare excesivă la oricare dintre aceste nivele şi pot avea legate de ele diverse grade de cunoaştere şi conştiinţă, sau refulare şi ne-conştient. Pentru rezultatul dezvoltării, acesta este un fapt mai puţin important decât cel că, indiferent de cauză şi în orice stare ar fi, ele au funcţia de a lega şi reţine energii pulsionale şi prin aceasta de a sărăci funcţionarea pulsională de mai târziu şi relaţiile de obiect.

Fixaţiile şi regresiile au fost întotdeauna privite ca interdependente.[1] Prin însăşi existenţa lor, şi în concordanţă cu cantitatea de libido şi agresivitate cu care ele sunt investite, punctele de fixaţie exercită o atracţie retrogradă constantă asupra activităţii pulsionale, atracţie care se face simţită atât în timpul întregii dezvoltări timpurii, cât şi la maturitate.

Intricările regresiei *sexuale* pot fi cel mai bine observate în orice situaţie clinică ce este disecată şi descrisă în detaliu, deşi prezentările privitoare la acestea sunt în mod neinspirat scurtate şi, prin asta, incomplete. Astfel, nu este suficient să spui că un băiat aflat la nivelul falic-oedipian sub impactul angoasei de castrare „a regresat la faza orală sau anală". Ceea ce trebuie descris în plus este forma, scopul şi semnificaţia mişcării regresive care a avut loc. Afirmaţia poate însemna, în forma sa cea mai simplă, nu mai mult decât că băiatul s-a retras din rivalitatea cu tatăl şi din fanatasma posedării mamei oedipiene şi şi-a reactivat concepţia sa preoedipiană despre ea cu agăţatul, solicitarea, atitudinile torturante corespunzătoare, în timp ce, altfel, totul rămâne la fel: el continuă să o privească ca pe o persoană întreagă, în toate drepturile sale şi continuă să descarce excitaţiile anale şi orale legate de ea, în actul masturbării falice. Sau, aceeaşi afirmaţie, poate implica faptul că regresia a afectat de asemenea şi nivelul de relaţionare cu obiectul. În acest caz, renunţă la constanţa obiectului şi ceea ce este retrăit sunt atitudinile anaclitice (sau de obiect parţial): importanţa personală a obiectului iubirii devine umbrită din nou de importanţa satisfacerii pulsiunii parţiale, o relaţie care este normală pentru perioada primilor paşi, dar care – la vârste mai mari sau la maturitate – produce superficialitate şi promiscuitate în relaţiile obiectale. Există o a treia posibilitate, aceea că regresia poate include de asemenea metoda de descărcare a excitaţiei sexuale; unde se întâmplă aşa, masturbarea falică dispare complet şi este înlocuită de impulsuri de a mânca, bea, urina, sau defeca până la intensitatea excitaţiei.

Cele mai serioase manifestări sunt, evident, acelea în care toate cele trei forme de regresie sexuală (a obiectului, a scopului şi a metodei de descărcare) survin simultan.[1]

[1] „Cu cât sunt mai puternice fixaţiile (libidinale) de pe calea dezvoltării, cu atât mai degrabă funcţia (mai târzie) va scăpa de dificultăţile externe prin regresarea la fixaţii" (S. Freud, 1916-1917, p. 341).

[1] În timpul procesului propriu-zis al analizei unui copil este uşor de distins între pacientul băiat care produce (sau se luptă să suprime) o erecţie în momentele semnificative şi ceilalţi care în locul acesteia, au nevoie să evadeze la toaletă pentru a urina sau defeca sau care au o nevoie urgentă de un pahar de apă sau de a suge dulciuri.

Faptul că metoda de descărcare a excitaţiei sexuale este de înaltă semnificaţie pentru evaluarea întregului statut al constelaţiei sexuale a unui copil, a fost discutat de S. Freud în „Un caz de nevroză infantilă" (1918, scrisă în 1914): „Faptul că băieţelul nostru a avut un scaun ca semn al excitaţiei sale sexuale trebuie să fie privit ca o caracteristică a constituţiei sale sexuale congenitale. El şi-a asumat la un moment dat o atitudine pasivă şi ulterior a prezentat o mai mare înclinaţie spre o identificare cu femeile, decât cu bărbaţii" (p. 81).

Regresia în dezvoltarea Eului

În practica noastră de analişti, am devenit atât de familiarizaţi cu această influenţă reciprocă constantă între fixaţii şi regresii încât trebuie să ne păzim de greşeala aproape automată de a privi procesele regresive de partea Eului şi Supraeului în termeni corespondenţi. În timp ce primele situaţii sunt determinate, mai presus de orice, de adeziunea încăpăţânată a pulsiunilor la toate obiectele şi poziţiile care au produs vreodată satisfacţie, caracteristici de acest fel nu joacă nici un rol în regresia Eului, care se bazează pe principii diferite şi urmează reguli diferite.

REGRESII TEMPORARE ALE EULUI ÎN DEZVOLTAREA NORMALĂ

Mişcările regresive care survin în dezvoltarea normală a funcţionării oricărui copil sunt bine cunoscute tuturor celor care lucrează cu copii mici şi cu educarea lor în aptitudinile practice. Regresia funcţiei este luată de aceştia ca o carcteristică obişnuită a comportamentului copiilor.[1]

De fapt, tendinţele regresive, atunci când sunt studiate în detaliu, pot fi observate că apar în legătură cu toate achiziţiile importante ale copilului: în funcţiile Eului de control al motilităţii, de testare a realităţii, de integrare, de vorbire; în achiziţia controlului vezicii şi intestinelor; în procesul secundar al gândirii şi în stăpânirea angoasei; în elementele de adaptare socială, cum ar fi toleranţa la frustrare, controlul impulsului, în maniere; în cerinţele Supraeului, cum ar fi cinstea, corectitudinea în relaţia cu ceilalţi etc. În toate aceste privinţe, o capacitate individuală a copilului de a funcţiona la un nivel comparativ ridicat nu reprezintă o garanţie că realizarea sa va fi stabilă şi continuuă. Din contră: întoarcerile ocazionale la comportamente mai infantile, trebuiesc luate ca un semn normal. Astfel, vorbirea fără sens sau chiar bâlbâiala au locul lor în viaţa copilului, împreună cu vorbirea raţională sau alternând cu ea. Obiceiurile curăţeniei, legate de mersul la toaletă nu sunt obţinute dintr-o dată, ci este necesar un drum lung înainte şi înapoi printr-o

[1] Există o vorbă populară spunând că „copii fac doi paşi înainte şi un pas înapoi".

interminabilă serie de succese, recăderi, accidente. Jocul constructiv cu jucăriile alternează cu murdărirea, distrugerea şi cu jocul erotic cu corpul. Adaptarea socială este periodic întreruptă de reveniri la egoismul pur etc. De fapt, ceea ce considerăm noi ca surprinzător nu sunt căderile, ci achiziţiile bruşte ocazionale şi avansările. Asemenea mişcări înainte pot surveni în hrănire, unde iau forma unui refuz brusc al sânului şi trecerea la biberon, lingură sau ceaşcă, sau de la lichide la solide; sau, la vârste mai mari, o liniştire bruscă a capriciilor alimentare. Sunt cunoscute ca având loc şi în obiceiuri cum ar fi renunţarea bruscă la suptul degetului sau la un obiect tranziţional, la aranjamentele fixe de somn etc. În educaţia sfincteriană, sunt cunoscute situaţiile de schimbare aproape instantanee de la udat şi mânjit, la controlul vezical şi al intestinelor; cu privire la agresivitate, poate avea loc dispariţia peste noapte şi instalarea unei atitudini timide, reţinute, neîncrezătoare. Dar oricât de convenabile pot fi asemenea transformări ale copilului pentru cei din jur, diagnosticianul le priveşte cu suspiciune şi le atribuie nu fluxului normal de dezvoltare progresivă, ci influenţelor traumatice şi angoaselor care îi grăbesc în mod defavorabil cursul normal. Conform experienţei, metoda lentă a încercării şi erorii, progresului şi revenirii temporare este cea mai potrivită creşterii psihice sănătoase.

DETERIORAREA FUNCŢIONĂRII PROCESULUI SECUNDAR ÎN STAREA DE VEGHE A COPIILOR

Această cunoaştere practică a ubicuităţii regresiilor Eului în viaţa normală a copiilor nu a fost completată timp de mulţi ani de o abordare corespunzătoare a subiectului în literatura psihanalitică. În ceea ce mă priveşte, m-a interesat subiectul de mult timp şi l-am supus atenţiei Societăţii din Viena în anii '30 într-o scurtă lucrare, intitulată „Deterioarea funcţionării procesului secundar în starea de veghe a copiilor". Am rezumat acolo că asemenea deteriorări se manifestă într-o serie de situaţii care au în comun faptul că controlul Eului asupra funcţionării psihice este slăbit pentru un motiv sau altul, după cum urmează:

(a) în *analiza copilului*, ca şi în orice cadru analitic, aranjamentele sunt făcute cu intenţia de a stimula copilul să-şi reducă apărările şi

controlul și de a crește libertatea fantasmelor, impulsurilor, proceselor preconștiente și inconștiente. În aceste condiții, se poate observa cum jocul și expresiile verbale ale copilului pierd gradat caracteristicile de proces secundar de gândire, cum ar fi coerența, logica, raționalitatea și afișează în locul lor, caracteristici ale procesului primar de gândire, cum ar fi generalizări, deplasări, repetitivitate, distorsionări, exagerări. O anumită temă centrală care, inițial, este descoperită într-un loc logic în cadrul unui joc sau unei fantasme, poate degenera și se poate atașa, la orice element de construcție, oricât de forțată și nepotrivită ar fi conexiunea; sau poate fi amplificată până devine absurdă. Să luăm exemple din practica analitică prezentă și trecută: un băiat de cinci ani, în jocul său cu „mica lume" de jucării, introduce elementul de „luptă" într-un mod experimental și prudent, lăsând mica familie de păpuși să se implice în certuri ale unora cu ceilalți; pe măsură ce jocul a avansat, elementul de luptă a scăpat de sub control și a trecut de la oameni la obiecte neînsuflețite, până când, la momentul de apogeu, era implicată toată mobila, iar chiuveta de bucătărie angajată într-o bătălie sălbatică „corp la corp" cu masa și dulapurile. În mod similar, desenul unei nave de război făcut de un băiețel poate conține probabil unul sau două tunuri plasate în pozițiile corecte, în timp ce producția care urmează le crește numărul și plasarea lor peste tot până când întregul vapor, deasupra și sub apă, se umple de ele.[1]

Elemente cum ar fi mușcatul, care apar mai întâi în fantasmă legate de un anumit animal sălbatic cum ar fi tigrul sau crocodilul, pot părăsi locul de care ele sunt legate prin reprezentare simbolică și, o dată eliberate de sub controlul Eului, să se manifeste peste tot, antrenând toată lumea și toate lucrurile, în a mușca unii din alții.

(b) Se poate observa că apar manifestări aproape identice în afara cadrului analitic în comportamentul copiilor normali la *culcare*, în perioada de tranziție între starea de veghe activă și adormire, când până și cel mai rațional și mai bine adaptat copil începe să devină îngrijorat, să se plângă, să vorbească aiurea, să se agațe și să ceară atenția fizică cu care a fost obișnuit la vârste mult mai fragede. Ceea ce impresionează în mod special în acest caz este dezordinea crescândă în procesele gândirii, perseverarea în pronunțarea acelorași cuvinte sau proziții, labilitatea generală a afectelor, demonstrată de comutarea

[1]Aceasta are, desigur, și un caracter defensiv, care este neglijat aici.

aproape instantanee a dispoziției de la ilaritate la plâns. Pentru cei care studiază regresia, mai rar poate fi găsită o ilustrare mai convingătoare a deteriorării gradate a Eului și a eșecului său de a îndeplini una sau alta dintre funcții, până când toată funcționarea Eului este suspendată și intervine somnul.

(c) De fapt, prima întâlnire cu astfel de manifestări s-a petrecut mult mai devreme, când eram încă *la școală*. Îmi aduc clar aminte că, eleve fiind la sfârșitul clasei a șasea, eram suprasolicitate de un orar care presupunea o succesiune de materii dificile fără pauze suficiente între ele. Oricât de impecabil de atente și sensibile eram la începutul dimineții, acestea se prăbușeau în a cincea sau a șasea oră, în care până și cele mai inocente cuvinte șoptite sau pronunțate de cineva produceau răbufniri sălbatice de chicote și de comportament necontrolat. Profesorii bărbați ce aveau ghinionul să preia clasa la aceste ore obișnuiau să considere, indignați, întreaga clasă de fete, ca „un cârd de gâște proaste". Realizam că eram obosite, dar mă surprindea că acest fapt ne făcea să fim proaste, dar tot ceea ce putem să fac în acel moment era să îndosariez faptul în memoria mea în așteptarea explicațiilor ulterioare.

ALTE MODURI ALE REGRESIEI EULUI SUB STRES

Chiar dacă descrierile mele au suscitat un interes minim în Societatea din Viena (și au rămas nepublicate) la acel moment, întregul subiect a fost reluat la o dată ulterioară de un număr de autori analiști. Urmărind comportamentul copiilor mici la grădiniță, Ernst Kris a introdus conceptul de „rată a regresiei". El a demonstrat cu exemple că, cu cât este mai mic copilul, cu atât este mai scurtă perioada în care performanțele sale se mențin la un nivel optim. Aceasta explică faptul, binecunoscut în mod empiric educatorilor de grădiniță, că elevii lor vor funcționa mai puțin bine la sfârșitul dimineții decât la începutul acesteia, motiv pentru care aceste regresii implică mânuirea materialului de joc (întoarcere de la stadiul jocului constructiv, dominat de Eu, la stadiul jocului murdar, agresiv și distructiv dominat de impuls); relațiile sociale (întoarcere de la parteneriat și considerație pentru ceilalți la egoism și ceartă); și toleranța la frustrare (scăderea controlului Eului asupra impulsurilor cu o creștere rezultantă a urgenței activității pulsionale).

O serie de alte publicaţii au pus accentul şi asupra altor situaţii de stres în afara oboselii, ca factori operativi în regresia funcţionării, deşi în aceste cazuri regresia Eului apare uzual cuplată cu o regresie pulsională simultană, sau ca un preambul sau consecinţă a acesteia. Aceste lucrări s-au referit, pe de o parte, la influenţa *durerii fizice*, febrei, disconfortului fizic de orice fel şi au pus în vedere faptul că, în ceea ce priveşte obişnuinţele legate de hrănire şi somn, educaţia sfincteriană, joc şi adaptabilitate generală, copiii bolnavi trebuie priviţi şi trataţi drept copii potenţial regresaţi, cu multe din funcţiunile adecvate vârstei reduse sau temporar suspendate (Anna Freud, 1952). Pe de altă parte, a început să se acorde o atenţie sporită din 1940 efectului corespondent al durerii psihice în situaţii traumatice, în angoasă sau, mai mult decât orice, în disconfortul cauzat de separarea unui copil mic de primele sale obiecte de iubire (angoasa de separare). Regresiile severe libidinale şi ale Eului, cauzate de cele menţionate, au fost descris pe larg la Grădiniţele de Război, în alte instituţii rezidenţiale, spitale etc.[1]

Există aici o caracteristică distinctă a regresiei Eului ce trebuie observată indiferent de diferiţii factori declanşatori. În contrast cu regresia pulsională, mişcările retrograde pe scala Eului nu conduc înapoi la poziţiile stabilite anterior, dacă nu există nici un punct de fixaţie acolo. În loc de asta, urmăresc drumul pas cu pas, de-a lungul liniei care a fost urmată în cursul avansării. Acest fapt este susţinut şi de descoperirile clinice, că în regresia Eului în mod invariabil este pierdută mai întâi, achiziţia cea mai recentă.[2]

REGRESIILE EULUI CA REZULTATE ALE ACTIVITĂŢII DEFENSIVE

Un alt tip de slăbire a funcţiei Eului merită să fie descris ca „regresie", deşi în mod obişnuit nu este inclus în această categorie.

În timp ce Eul copilului creşte şi îşi dezvoltă funcţiile, o *conştiinţă* mai bună asupra lumii sale interne şi externe îl aduce în contact cu

[1] Vezi pentru acest subiect, A. Freud şi D. Burlingham (1943, 1944), John Bowlby (1960), James Robertson (1958), René Spitz (1945, 1946) şi alţii.

[2] Vezi observaţiile făcute despre pierderea vorbirii, educaţiei sfincteriene etc., la copiii despărţiţi de mamele lor.

multe aspecte neplăcute şi dureroase; dominanţa în creştere a *principiului realităţii* reduce trăirea în fantasmă; îmbunătăţirea *memoriei* conduce la reţinerea nu doar a elementelor plăcute, ci şi a celor înspăimântătoare şi dureroase; *funcţia sintetică* pregăteşte terenul pentru conflictul dintre instanţele interne etc. Influxul rezultant de neplăcere şi angoasă este mai mult decât poate suporta o fiinţă umană, fără vreo uşurare; în consecinţă, acesta este îndepărtat de mecanismele de apărare care intră în acţiune pentru a proteja Eul.

Astfel, *negarea* interferă cu exactitate în percepţia lumii externe prin excluderea neplăcerii. *Refularea* face acelaşi lucru pentru lumea internă prin retragerea investirii conştiente de la elementele neplăcute. *Formaţiunile reacţionale* înlocuiesc neplăcutul şi ceea ce nu este binevenit, cu contrariul. Toate aceste trei mecanisme interferează cu memoria, adică cu funcţionarea imparţială cu privire la plăcere sau neplăcere. *Proiecţia* merge împotriva funcţiei sintetice, prin eliminarea elementelor producătoare de angoasă din imaginea personalităţii şi atribuirea lor lumii de obiecte.

Pe scurt, în timp ce forţele de maturizare şi adaptare se luptă pentru o eficienţă crescândă, guvernată de realitate, în întreaga funcţionare a Eului, apărarea împotriva neplăcerii lucrează în direcţia opusă şi, la rândul său, invalidează funcţiile Eului. În această zonă, de asemenea, mişcările constante de înainte-înapoi, progres şi regres alternează şi interacţionează unele cu altele.

Regresii ale pulsiunii şi ale Eului, temporare şi permanente

În ceea ce urmează, este implicat faptul că regresiile pulsiunilor, la fel ca şi cele ale Eului şi Supraeului sunt procese normale care îşi au originea în flexibilitatea individului imatur. Acestea constituie răspunsuri folositoare la dificultatea unui anumit moment şi sunt întotdeauna la dispoziţia copilului ca răspunsuri la situaţii care altfel se pot dovedi de nesuportat.[1] Astfel, ele servesc simultan adaptarea şi apărarea şi în ambele funcţii ajută la menţinerea stării de normalitate.

Ceea ce nu a fost suficient accentuat până acum, este faptul că acest aspect benefic al regresiei se referă doar la acele situaţii în care procesul

[1] Conform unei formulări a lui René Spitz.

este temporar şi reversibil în mod spontan. Afectarea funcţiei datorată oboselii dispare în mod automat după odihnă sau somn; dacă aceasta este datorată frustrării, durerii, supărării, poziţiile pulsionale sau metodele de funcţionare ale Eului adecvate vârstei se restabilesc imediat ce cauza solicitării a fost îndepărtată sau, în orice caz, curând după aceasta.[1]

Dar ar fi un optimism nejustificat din partea noastră să ne aşteptăm la o astfel de evoluţie favorabilă a evenimentelor în marea majoritate a cazurilor. Se întâmplă chiar, la fel de des, în special după supărări traumatice, angoase, boală etc, ca regresiile o dată lansate, să devină permanente; energiile pulsionale rămân astfel desprinse de la scopurile lor adecvate vârstei şi funcţiile Eului şi Supraeului rămân incomplete, astfel încât orice dezvoltare progresivă ulterioară este grav afectată. Unde se întâmplă astfel, regresia încetează să mai fie un factor benefic în dezvoltarea normală şi devine un agent patogen. Din nefericire, în constatarea noastră clinică a regresiilor ca procese în curs de evoluţie, este aproape imposibil de determinat, în cazul dat al unui copil, dacă pasul periculos de la regresie temporară la regresie permanentă a fost deja făcut sau dacă trebuie încă aşteptată reinstalarea spontană a nivelelor anterior atinse. Astfel, până acum, nu cunosc nici un criteriu pentru această evaluare, deşi întreaga decizie despre anormalitatea unui copil poate depinde de această distincţie.

Regresia şi liniile de dezvoltare

Pentru a ne întoarce încă o dată la conceptul liniilor de dezvoltare:

O dată ce acceptăm regresia ca pe un proces normal, acceptăm şi că mişcarea în lungul acestor linii este prin natura ei un drum cu două sensuri. În timpul întregii perioade de creştere, trebuie să se considere astfel legitim pentru copii ca aceştia să involueze periodic, să piardă controlul după ce l-au stabilit, să restabilească modelele de dormit şi de hrănire mai timpurii (de exemplu, în boală), să caute refugiu şi siguranţă (în special în angoasă şi supărare) prin reîntoarcerea la formele timpurii de a fi protejat şi reconfortat în relaţia cu mama preoedipiană şi simbio-

[1] După boală, spitalizare, separare, există decalaje de durate variabile între reîntoarcerea la condiţiile externe normale şi recâştigarea nivelelor pulsiunii şi Eului adecvate vârstei.

tică (în special, la vremea culcării). Departe de a interfera cu dezvoltarea ulterioară, acesta va fi un fapt benefic pentru libertatea sa, dacă drumul înapoi nu este blocat complet prin dezaprobarea de către mediu şi prin refulări şi restricţii interne.

La dezechilibrul în personalitatea copilului, care este cauzat de dezvoltarea cu viteze diferite, pe diferite linii progresive spre maturitate, trebuie să adăugăm acum inegalitatea care se datorează regresiei diferitelor elemente ale structurii şi ale combinaţiilor acestora. Pe această bază devine mai uşor de înţeles de ce există o aşa mare deviaţie de la creşterea uniformă şi de la imaginea aproximativă a unui copil „normal". Cu interacţiuni atât de complexe între progres şi regresie, dizarmoniile, dezechilibrele, complicaţiile în dezvoltare, pe scurt, *variaţiile normalităţii* ajung infinite.

CAPITOLUL 4
Evaluări ale patologiei

Partea I
Câteva aprecieri generale

În cadrul gândirii noastre analitice, privim tranziția de la variațiile normalului la apariția patologiei propriu-zise ca fiind un pas cantitativ, dar, adesea, și unul calitativ. Privim echilibrul psihic al ființelor umane ca fiind bazat, pe de o parte, pe anumite relații stabilite între instanțe interne, din interiorul structurii lor, iar pe de altă parte, între personalități în întregul lor și condițiile de mediu. Aceste relații sunt influențate de orice creștere sau descreștere a derivatelor Sinelui, acestea survenind spontan în perioada de latență, în adolescență sau la climacteriu; de orice slăbire a forțelor Eului și Supraeului, așa cum se întâmplă în suprasolicitare, în oboseală extremă, în multe boli, în mod regulat la bătrânețe; și de schimbări în ocaziile de obținere a satisfacției, așa cum sunt cele produse de pierderea obiectului și de alte deprivări și frustrări impuse din exterior. Ușurința cu care echilibrul este deranjat, a condus la viziunea „cum că nu poate fi trasă o linie netă între oamenii „nevrotici" și cei „normali", „...că concepția noastră despre «boală» este una pur practică și o chestiune de sumație, că predispoziția și evenimentele vieții se pot combina înainte ca pragul acestei acumulări să fie depășit și că, în consecință, un număr de indivizi trec în mod constant din clasa oamenilor sănătoși în aceea a pacienților nevrotici, în timp ce un număr mult mai mic pot face și călătoria în direcția opusă." (S. Freud, 1909, p. 145f.).

În timp ce această prezentare are rolul să-i cuprindă pe oamenii de toate vârstele, „fie ei copii ori adulți" (ibid.), este evident că linia de demarcație între sănătate psihică și boală este chiar mai dificil de stabilit în copilărie decât în stadiile mai târzii. În tabloul creșterii copilului spre maturitate, așa cum a fost prezentat în capitolul anterior, este inerent faptul că raportul de forțe între Sine și Eu variază continuu; că procesele adaptative și defensive, benefice și patogene se amestecă unele

cu altele; că tranziția de la un nivel de dezvoltare la următorul instituie puncte de potențial blocaj, disfuncție, fixație și regresie; că derivatele Sinelui și funcțiile Eului și, o dată cu ele, liniile principale de dezvoltare cresc în ritmuri inegale; că regresiile temporare pot deveni permanente; pe scurt, că există un număr de factori care se combină spre a submina, reține, distorsiona și deturna forțele pe care se bazează creșterea psihică.

Pe această scenă internă, în continuă schimbare, a individului în dezvoltare, categoriile diagnostice curente sunt de puțin ajutor și mai degrabă cresc, decât să scadă, aspectele confuze ale tabloului clinic.

În ultimii ani, analiza copilului a avansat decisiv într-o varietate de direcții. În ceea ce privește procedura tehnică, aceasta a atins un statut mai mult sau mai puțin independent, în pofida multor inițiali pași înapoi și a unor dificultăți. În zona teoriei, au fost făcute descoperiri care sunt recunoscute ca adevărate completări, mai mult chiar decât confirmări, ale corpusului cunoașterii psihanalitice. Dar, în momentul actual, acest spirit aventuros și chiar revoluționar al analistului de copii s-a epuizat în ariile tehnicii și teoriei și s-a împiedicat înaintea problemei importante a clasificării tulburărilor. În acest domeniu a fost aplicată o politică de-a dreptul conservatoare, categoriile diagnostice fiind preluate cu toptanul, nu doar din domeniul analizei adultului, ci, dincolo de aceasta, din psihiatria și criminologia adultului. Întreaga psihopatologie a copilăriei a fost adecvată, mai mult sau mai puțin forțat, în aceste modele.

Există multe motive pentru care, pe termen lung, această soluție la problema diagnosticului se dovedește nesatisfăcătoare ca bază pentru evaluare, prognostic și selecție a măsurilor terapeutice.

EVALUĂRI DESCRIPTIVE *VERSUS* EVALUĂRI METAPSIHOLOGICE

Ca și în domeniul psihanalizei adultului, natura descriptivă a multor categorii diagnostice curente este contrară gândirii psihanalitice, în măsura în care se pune accentul pe identitatea sau diferența dintre simptomatologiile manifeste, în timp ce le neglijează pe acelea dintre factorii patogeni subiacenți. Este adevărat că, în această manieră, se obține o clasificare a tulburărilor, care pare ordonată și comprehensivă la prima vedere. Dar o astfel de schemă nu face nimic pentru ca gândirea mai profundă să avanseze sau pentru a stabili diagnostice diferențiale în sens

metapsihologic. În mod contrar chiar, ori de câte ori analistul acceptă gândirea diagnostică la acest nivel, el este în mod inevitabil condus la confuzie în evaluare şi, consecutiv, la inferenţe terapeutice eronate.

Pentru a da câteva exemple în locul multor altora: termeni cum ar fi criza de nervi, chiulitul, hoinăritul, angoasa de separare etc., subsumează sub aceeaşi titulatură o varietate de tablouri clinice în care comportamentul şi simpomatologia sunt similare, deşi, conform patologiei lor metapsihologice subiacente, ele aparţin unor categorii analitice complet diferite şi reclamă atitudini terapeutice diferite.

O criză de nervi, de exemplu, poate să nu fie mai mult decât descărcarea directă afectiv-motorie a derivatelor pulsionale haotice la un copil mic; în acest caz, există o şansă foarte mare să dispară ca simptom, fără nici o formă de tratament, imediat ce au fost stabilite vorbirea şi alte canale de descărcare mai ego-sintonice. Sau, ca o a doua posibilitate, criza de nervi poate fi o izbucnire agresiv-distructivă în care tendinţele ostile sunt, în parte, deviate de la lumea obiectală şi trăite într-o manieră violentă asupra propriului corp al copilului sau asupra obiectelor înconjurătoare neînsufleţite (datul cu capul, lovitul de mobilă sau de pereţi etc.); în această eventualitate, doar captarea supărării şi reasocierea acesteia cu persoana frustrantă sau supărătoare vor aduce uşurarea. Sau, ca o a treia posibilitate, ceea ce se prezintă ca o criză de nervi poate să fie, la o inspecţie mai atentă, un acces de angoasă, care survine la structurile de personalitate mai înalt organizate ale copiilor fobici, ori de câte ori mediul intervine asupra mecanismelor lor de protecţie. Lipsit de apărarea sa, un copil agorafobic forţat să meargă pe o stradă, sau un copil cu o fobie la un animal confruntat cu obiectul fricii sale, sunt expuşi, fără ajutor, la o angoasă masivă şi intolerabilă, iar ei exprimă această stare în accese care, descriptiv, pot fi de nediferenţiat de o criză de nervi. Totuşi, spre deosebire de crizele de nervi, aceste accese de angoasă sunt ameliorate exclusiv prin reinstalarea apărării sau prin urmărire analitică, interpretare şi disoluţie a sursei originale a angoasei deplasate.

În mod similar, o varietate de stări disparate sunt acoperite de termenii de *chiul, vagabondaj* sau *hoinărit*. Anumiţi copii fug de acasă pentru că sunt maltrataţi sau pentru că nu sunt legaţi de familiile lor prin ataşamentele emoţionale uzuale; sau fug de la şcoală sau evită şcoala pentru că se tem de profesor sau de colegi, sau pentru că performanţa lor şcolară este slabă, sau pentru că se aşteaptă la critică, pedeapsă etc. În aceste cazuri, comportamentul deviant îşi are rădăcinile în condiţiile externe ale vieţii copilului şi este înlăturat o dată cu îmbunătăţirea celor din urmă. În contrast cu această situaţie simplă, există copii care vagabondează sau chiulesc nu datorită unor motive externe, ci a unora interne. Ei se află sub dominaţia unei exigenţe inconştiente care îi îndeamnă să umble după o ţintă imaginară, de regulă un obiect pierdut din trecut, adică, deşi descriptiv ei fug *de* mediu, într-un sens mai profund ei fug *spre* împlinirea unei fantasme. În cazul lor, nu gestionarea sau ameliorarea condiţiilor externe, ci doar descoperirea dorinţei inconştiente, va îndepărta simptomul.

Chiar şi termenul mai nou elaborat de *angoasă de separţie* este unul mai degrabă descriptiv, decât dinamic, în folsirea sa. În diagnosticele clinice poate fi găsit ca fiind aplicat în mod nediferenţiat stărilor de suferinţă la copiii separaţi, la fel ca şi stărilor psihice cauzatoare de fobii şcolare (adică incapacitatea de a părăsi casa), sau dor de casă (o formă de doliu la copiii în latenţă). Şi aici folosirea aceluiaşi nume pentru două forme de tulburare cu aparenţe manifeste similare, tinde să ascundă diferenţele metapsihologice esenţiale care le sunt caracteristice. A separa, pentru orice motiv, un copil mic de mama sa în timpul perioadei de unitate biologică dintre ei, reprezintă o interferenţă nejustificată cu nevoile majore înnăscute. Un copil reacţionează la aceasta cu o supărare legitimă care poate fi îndepărtată doar prin întoarcerea mamei, sau, pe termen lung, prin stabilirea unei legături materne substitutive. Nu există nici o corespondenţă, exceptând comportamentul, între acest caz şi stările psihice ale copilului ce prezintă dor de casă sau fobii şcolare. În aceste ultime cazuri, suferinţa trăită la separarea de mamă, părinţi sau casă se datorează unei ambivalenţe excesive faţă de acestea. Conflictul dintre iubirea şi ura pentru părinţi poate fi tolerat de copil doar în prezenţa lor reasiguratoare. În absenţa lor, partea ostilă din ambivalenţă ia proporţii înfricoşătoare şi copiii se agaţă de figurile ambivalent iubite ale părinţilor ca pentru a-i salva de propriile dorinţe de moarte, fantasme agresive etc. Prin contrast cu suferinţa copilului datorată separaţiei, care este uşurată prin reuniunea cu părinţii, în conflictele de ambivalenţă reuniunea cu părinţii acţionează mai degrabă ca un paleativ; aici, doar insightul analitic asupra conflictului dintre sentimente va vindeca simptomul.

Pe scurt, gândirea în termeni descriptivi, oricât de folositoare poate fi în propriul teritoriu, devine dezastruoasă atunci când este luată ca un punct de început pentru inferenţele analitice.

TERMINOLOGIA STATICĂ *VERSUS* CEA DE DEZVOLTARE

De vreme ce termenii diagnostici, aşa cum sunt ei folosiţi în prezent, au fost creaţi având în minte tulburările sociale şi psihice ale adulţilor, ei neglijează în mod inevitabil problemele de vârstă sau stadiu de dezvoltare şi nu sunt suficienţi pentru a face diferenţele între simptomele care sunt cauzate de întârziere sau eşec în a atinge şi desăvârşi anumite trăsături ale personalităţii şi simptomele care sunt cauzate de prăbuşiri ale funcţiilor sau transgresări ale lor. Pe de altă parte, pentru evaluarea copilului, astfel de diferenţieri sunt vitale. Forme de comportament cum sunt minţitul şi furatul, atitudinile agresive şi distructive, activităţile perverse, etc., nu pot fi adecvat potrivite în nici o schemă de normalitate sau patologie fără a avea în fundal un orar destul de clar al stadiilor de dezvoltare.

Minţitul

La ce vârstă şi la ce stadiu de dezvoltare, de exemplu, falsificarea adevărului începe să merite numele de *minţit*, adică din ce moment aceasta îşi asumă importanţa unui simptom cu iz distinct de deviaţie de la norma socială? În mod evident, înainte ca aceasta să se întâmple, trebuie depăşite o serie de stadii premergătoare de dezvoltare în timpul cărora sinceritatea nu este eşteptată de la copil. Pentru bebeluş, este normal să întoarcă spatele impresiilor dureroase în favoarea celor plăcute, să le minimalizeze importanţa şi chiar să le ignore sausă *nege* în caz că acestea persistă. Există similitudini între această atitudine, care este un mecanism primar de apărare îndreptat împotriva provocării neplăcerii, şi distorsionarea faptelor obiective în cazul copilului mai mare sau al adultului. Dar rămâne o chestiune de opinie în ce mod sunt legate cele două forme de comportament una de cealaltă şi dacă prima dintre ele ar trebui privită de mintea diagosticianului cu expectaţii ale unor evoluţii ulterioare. Trăirea în fantasmă şi dominaţia principiului plăcerii – pe scurt, procesul primar de funcţionare psihică – sunt forţele care militează în copilul mic, împotriva adevărului, în sensul adult al termenului. Analistul de copii trebuie să se decidă de unde să folosească termenul de minţit în enunţările diagnosticului său şi trebuie să bazeze decizia sa în această privinţă pe noţiuni clar delimitate privitoare la cronologia paşilor în dezvoltarea Eului a paşilor, aşa cum ar fi: tranziţia de la procesul primar la cel secundar, capacitatea de a diferenţia între lumea interioară şi cea exterioară, testarea realităţii etc.

Anumiţi copii au nevoie de mai mult timp decât alţii pentru a perfecţiona aceste funcţii ale Eului şi continuă, prin urmare, să spună minciuni „cu cea mai mare dezinvoltură". Alţii îşi încheie această dezvoltare în mod normal, dar revin la nivelele mai timpurii atunci când sunt confruntaţi cu frustrări şi dezamăgiri excesive în contextul circumstanţelor lor de viaţă; ei devin aşa numiţii mincinoşi fantezişti (*pseudologia phantastica*) care fac faţă realităţilor intolerabile prin mijloacele regresiei la forme infantile de trăire în fantasmă. În cele din urmă, există copii care sunt avansaţi în dezvoltarea Eului, dar care au alte motive decât cele de dezvoltare pentru a evita şi distorsiona adevărul. Moitvele lor sunt legate de câştigarea unui avantaj material, teama de autoritate, scăparea de critică sau pedeapsă, dorinţe de exagerare etc. În evaluările analistului de copii, termenul de minţit este rezervat cu precădere pentru aceste ultime situaţii, aşa numitul minţit delicvent.

În multe dintre cazurile propriu-zise ce pot fi găsite într-o clinică de copii, etiologia constă într-o combinaţie a tuturor celor trei forme, adică minciuna nevinovată, minciuna fantastică şi cea delicventă, cu formele mai timpurii în dezvoltare ce acţionează ca pre-condiţii ale celor mai târzii. Faptul că un asemenea amestec este obişnuit şi frecvent, nu îl absolvă pe analistul de copii de la datoria de a descâlci amestecul şi de a aprecia în ce grad contribuie fiecare dintre factori la rezultatul simptomatic final.

Furatul

Există consideraţii foarte asemănătoare care guvernează şi folosirea cuvântului *furat*, un termen care este legitim în evaluarea diagnostică numai după ce conceptul proprietăţii private a primit semnificaţie în mintea copilului. Aici trebuie urmărită, de asemenea, o succesiune a paşilor de dezvoltare, cărora le-a fost acordată până acum puţină atenţie din partea autorilor analişti.

Atitudinea care îi face pe copiii mici să apuce tot ceea ce doresc este în mod obişnuit atribuită „lăcomiei lor orale", insaţiabile care, la acest stadiu timpuriu, nu este limitată de nici o barieră a Eului. Mult mai clar descris, aceasta are două rădăcini, una de partea Sinelui şi

cealaltă de partea Eului. Pe de altă parte, pur și simplu funcționarea familiară conform cu principiul plăcerii este cea care îndeamnă Eul imatur să-și subscrie lui însuși tot ceea ce este plăcut, în timp ce respinge neplăcutul ca pe o chestiune străină. Pe de altă parte, cea care determină răspunsul este o lipsă adecvată vârstei, și anume aceea a distincției între Self și obiect. Este binecunoscut că, la acest stadiu timpuriu, un copil poate mânui sau băga în gură părți ale corpului mamei ca și cum ar fi ale lui însuși, adică se joacă autoerotic cu ele (degetele mamei, părul etc.); sau îi poate împrumuta părți din corpul său pentru a se juca cu ele (degetele sale în gura ei); sau se poate hrăni cu lingura alternativ pe el și pe ea. Astfel de acțiuni sunt adesea greșit înțelese ca dovadă a unei generozități timpurii și spontane a bebelușilor, în loc să fie luată drept ceea ce este, și anume consecința neformării unor granițe ale Eului. Tocmai această fuziune nediscriminativă cu lumea obiectală este cea care transformă fiecare copil într-o amenințare formidabilă, deși inocentă, a dreptului de proprietate al celorlalți oameni.

Ideile de „al meu" și „nu al meu"[1], care sunt concepte indispensabile pentru stabilirea „onestității" la adult, se dezvoltă foarte gradat, ținând pasul cu evoluția gradată a bebelușului spre atingerea statutului de individ.

Ele se aplică probabil mai întâi propriului corp al copilului, apoi părinților, apoi obiectelor tranziționale, toate fiind investite atât narcisic, cât și ca obiect de iubire. Suficient de semnificativ este și faptul că imediat ce conceptul de „al meu" irupe în mintea copilului, el începe să-și păzească posesiunile cu violență și gelozie împotriva oricărui amestec. Noțiunea de „a fi deprivat de" sau „furat" este înțeleasă de către el cu mult înaintea opusului ei, și anume a celei că proprietatea altor oameni trebuie respectată. Înainte ca ultima să devină semnificativă, copilul trebuie să-și extindă și să-și intensifice relațiile sale cu semenii și să învețe să fie empatic cu atașamentul acestora față de proprietatea lor.

Oricare ar fi rata de progres în acest sens, astfel de concepte ca „al meu" și „al tău" au o mică influență asupra comportamentului copilului, atâta timp cât se confruntă cu dorințe foarte puternice de împroprietărire. Lăcomia orală, posesivitatea anală, nevoia urgentă de a aduna și pune deoparte, nevoia copleșitoare de simboluri falice, toate ar transforma copiii mici în potențiali hoți, dacă coerciția educațională, cerințele Supraeului și, cu acestea, alunecările gradate spre echilibrul

[1] În original: „mine and not mine". (N. t.)

Sine-Eu, n-ar lucra în direcția opusă, și anume spre dezvoltarea onestității.

Luând în considerare aceste aprecieri, diagnosticianul trebuie să clarifice un număr de puncte, înainte de a subscrie un anumit caz de furt unei categorii sau alteia. El trebuie să se întrebe dacă actul este datorat unei creșteri incomplete sau blocate a statutului indivdual, relațiilor de obiect, empatiei, formării Supraeului (furtul la copii înapoiați sau cu deficiență); sau, în cazurile în care dezvoltarea inițială este intactă, dacă au avut loc regresii în oricare dintre aceste zone vitale (furatul ca simptom tranzitoriu legat de fază); sau, dacă copilul este regresat de permanență într-unul sau altul dintre aspectele relevante, furatul fiind rezultatul unei formațiuni de compromis (simptom nevrotic); sau, în cele din urmă, dacă motivul constă exclusiv într-un control insuficient al Eului față de dorințe normale, neregresate, de posesiune, cum ar fi în cazul adaptării sociale deficiente (simptom delicvent).

La fel ca și cu mințitul, multe dintre incidentele clinice actuale ale furatului au etiologie mixtă, adică ele sunt cauzate de combinații de opriri, regresie și slăbiciune a controlului Eului. Faptul că toți micii delicvenți își încep furturile cu furatul din poșeta mamei, indică gradul în care furatul își are rădăcinile în unicitatea inițială a lui „al meu" și al lui „al tău", a Selfului și a obiectului.

CRITERII DE EVALUARE A SEVERITĂȚII BOLII

Analistul de copii se găsește în dificultate când trece la estimarea gravității tulburării unui copil, prin mijloacele criteriilor care sunt în mod obișnuit folosite cu adulții, și anume, o urmărire a simptomelor existente, o evaluare a suferinței cauzate de ele și a interferenței rezultate cu funcțiile importante. Nici una dintre acestea nu este validă fără modificări aprofundate pentru lucrul cu copiii.

Mai presus de orice, *formarea de simptom* în copilărie nu are în mod neapărat aceeași semnificație pe care o are în viața adultă unde „simptomele tipice... ne oferă legăturile când punem diagnosticul" (S. Freud, 1916-1917, p. 271). Multe dintre inhibițiile, simptomele și angoasele copilului sunt produse nu prin procese care sunt cu adevărat patologice, ci, așa cum se va vedea mai târziu, prin dificultăți și

constrângeri care sunt inerente dezvoltării înseşi. Asemenea inhibiţii şi simptome apar în mod obişnuit atunci când o fază particulară de creştere produce cereri neobişnuit de înalte asupra personalităţii copilului şi, dacă între timp nu sunt neinspirat mânuite de părinţi, ele pot dispărea imediat ce a fost obţinută adaptarea la nivelul de dezvoltare sau când punctul critic al acestuia a fost depăşit. Este adevărat, desigur, că o manifestare a dificultăţii trădează vulnerabilitatea copilului; că, adeseori, aşa numita vindecare spontană pregăteşte mai degrabă drumul spre un nou set de tulburări care apar la următorul nivel; de asemenea, că ele nu dispar fără să lase o slăbiciune în una sau în alta dintre zonele care vor deveni semnificative pentru formarea de simptom în viaţa adultă. Dar nu este deloc rar, chiar pentru simptomele complet stabilite cum ar fi evitările fobice, precauţiile obsesionale, dificultăţile de hrănire şi de somn, să pălească între momentul referirii şi cel al investigării unui caz, pur şi simplu pentru că angoasele pe care sunt bazate au devenit insignifiante în comparaţie cu ameninţarea reprezentată de investigarea clinică. Pentru acelaşi motiv, înainte şi în timpul tratamentului, este posibil să survină re-aranjări ale simptomatologiei manifeste dintr-o dată, ceea ce înseamnă că, la copii, ameliorarea în timpul terapiei înseamnă chiar mai puţin decât înseamnă la adulţi.

Prin toate acestea, simptomatologia indivizilor imaturi este mult prea instabilă pentru a ne putea baza pe ea în evaluare.

Momentul în care adulţii apreciază că au nevoie de tratament şi decid să îl urmeze este în mod obişnuit determinat de intensitatea suferinţei pe care le-o cauzează tulburările. La copii, în orice caz, factorul suferinţei psihice în sine nu este un indicator sigur al prezenţei sau absenţei proceselor patologice sau a severităţii acestora. Cunoaştem de mult faptul că, în cazul copiilor, aceştia suferă mai puţin decât adulţii din cauza simptomelor lor, probabil cu singura excepţie a acceselor de angoasă, pe care ei le resimt în mod acut. Multe alte manifestări patologice, în mod notabil cele fobice şi obsesionale, servesc cu succes la evitarea durerii şi neplăcerii, mai degrabă decât la cauzarea acestora, în timp ce restricţiile şi interferenţele cu viaţa obişnuită sunt resimţite de familie, şi nu ca în cazul adultului, de el însuşi.

Capriciile alimentare, restricţiile nevrotice ale aportului alimentar, tulburările de somn, agăţatul, crizele de nervi o supără pe mamă, dar sunt considerate ego-sintonice de către copil, atâta timp cât pot fi exprimate liber; acolo unde părinţii intervin, atitudinea lor restrictivă,

şi nu simptomul, este cea care este reclamată de către copil ca fiind cauzatoare de supărare. Chiar enurezisul şi encomprezisul sunt frecvent ignorate, iar natura lor perturbatoare şi umilitoare este negată de către copilul afectat. Inhibiţiilor nevrotice li se face adesea faţă printr-o retragere totală a interesului din zona respectivă, adică prin restrângerea Eului şi, în consecinţă, prin indiferenţă faţă de pierderea bucuriilor cauzate de ele. Copiii cei mai serios afectaţi, cum ar fi aceia cu deficite psihice sau morale, retard, autism sau psihoze infantile sunt complet ignoranţi faţă de bolile lor, cauzând un disconfort maxim, bineînţeles, părinţilor.

Există şi un alt motiv pentru care prezenţa suferinţei în sine nu este un indicator pe care să te poţi baza pentru evaluarea bolii psihice. Copiii suferă mai puţin decât adulţii de psihopatologia lor, dar suferă mai mult decât adulţii din cauza altor stresuri la care sunt expuşi. Într-un contrast deplin cu credinţele convenţionale de mai demult, este acum bine ştiut că suferinţa psihică este un subprodus inevitabil al dependenţei copilului şi al proceselor normale de dezvoltare. Copiii mici suferă în mod acut de orice întârzieri, raţionalizări şi frustrări care sunt impuse nevoilor lor corporale şi derivatelor pulsionale; ei suferă datorită separărilor de obiectele lor timpurii de iubire, indiferent care ar fi motivul pentru care se întâmplă acestea; datorită dezamăgirilor reale sau imaginare pe care la trăiesc. Suferinţa intensă este cauzată, bineînţeles, de gelozii şi rivalităţi care sunt inseparabile de experienţele din interiorul complexului oedipian; sau datorită angoaselor inevitabil trezite în legătură cu complexul de castrare etc. Chiar şi copilul cel mai normal se poate simţi profund nefericit dintr-un motiv sau altul, pentru perioade de timp mai lungi sau mai scurte aproape în fiecare zi. Aceasta este o reacţie legitimă acolo unde emoţiile copilului şi aprecierea sa sensibilă a impresiilor şi evenimentelor externe s-a dezvoltat în mod adecvat. În contrast cu ceea ce ne aşteptăm să întâlnim la adulţi, copilul resemnat şi supus este cel care va ridica suspiciuni cum că anumite procese anormale ar funcţiona în el. Experienţele clinice arată că acei copii care sunt prea „buni", adică aceia care acceptă fără protest chiar şi cele mai nefavorabile condiţii externe, trebuie că fac aşa pentru că sunt afectaţi organic, deficienţi în dezvoltarea Eului, sau extrem de pasivi în registrul pulsiunilor lor. Copiii care se despart prea uşor de părinţii lor pot face aşa fie pentru că au eşuat în formarea unor relaţii normale, fie că au motive interne sau externe pentru aceasta. A nu simţi supărare şi angoasă când se află sub ameninţarea pierderii iubirii

nu este un semn de sănătate şi tărie la un copil; dimpotrivă, aceasta este adeseori primul indiciu al retragerii autiste de la lumea obiectală. În copilăria mai târzie, de asemenea, vinovăţia şi conflictele interne, cu suferinţa ce rezultă din ele, apar în mod legitim şi sunt semne indispensabile ale creşterii progresive normale. Acolo unde lipsesc, suspectăm întârzieri serioase în procesele de identificare, internalizare şi introiecţie, adică în structurarea personalităţii. Nu reprezintă o compensare faptul de a descoperi că asemenea defecte sunt însoţite de o diminuare a suferinţei interne.

În mod evident, trebuie să ne obişnuim cu situaţia paradoxală că acea corespondenţă între patologie şi suferinţă, pe de o parte, normalitate şi calm, pe de altă parte, aşa cum se prezintă ea la adulţi, la copii este inversată.

Pur şi simplu repet un punct de vedere, pe care l-am accentuat anterior (1945), atunci când avertizam analiştii să nu-şi bazeze nici una dintre evaluările copiilor pe gradul de *afectare a funcţiei*, în ciuda faptului că acesta este unul dintre cele mai revelatoare criterii pentru patologia adultului. Nu există în copilărie un nivel stabil de funcţionare, în vreo zonă sau în vreun moment; asta înseamnă că nu există puncte fixe de la care să pornim în evaluarea noastră. După cum a fost descris mai sus, în legătură cu manifestările regresiei, nivelul de performanţă al copilului fluctuează neîncetat. Datorită alunecărilor în dezvoltare şi schimbărilor în intensitatea presiunii interne şi externe, poziţiile optime sunt în mod repetat câştigate, pierdute şi restabilite. Asemenea alternări între progres şi regresie sunt normale şi consecinţele lor sunt temporare, chiar dacă pierderile rezultate în achiziţionare şi eficienţă pot, ocazional, da observatorului sentimentul că sunt prevestitoare de rele. În ansamblu, este o afirmaţie corectă aceea că ar trebui să li se accepte copiilor de toate vârstele ca în anumite momente să funcţioneze sub nivelul potenţialităţilor lor, fără a fi imediat etichetaţi ca „înapoiaţi", „regresaţi" sau „inhibaţi".

Diagnosticianul de copii poate găsi ca fiind uşor să se conformeze acestei cereri, din moment ce este discutabil care zonă din activitatea copilului ar trebui să fie particularizată ca semnificativă din acest punct de vedere. Jocul, libertatea vieţii fantasmatice, performanţa şcolară, stabilitatea relaţiilor de obiect, adaptarea socială, despre toate s-a sugerat pe rând că sunt aspecte vitale.

În orice caz, nici una dintre ele nu se poate califica la egalitate cu

cele două funcţiuni vitale principale la adult: capacitatea sa de a desfăşura o viaţă erotică şi sexuală normală şi capacitatea sa de a munci. După cum s-a mai sugerat înainte (1945), există un singur factor în copilărie a cărui afectare poate fi considerată de egală importanţă, şi anume capacitatea copilului de a face paşi progresivi înainte, până la finalizarea maturizării, dezvoltării în toate ariile personalităţii şi adaptării la comunitatea socială. Suferinţa psihică poate fi luată ca un fapt curent atâta vreme cât aceste procese vitale sunt păstrate intacte. Ea trebuie luată însă în serios, imediat ce dezvoltarea însăşi este afectată, fie prin încetinire, returnare sau aducerea ei la un blocaj.

EVALUAREA ÎN FUNCŢIE DE DEZVOLTARE ŞI IMPLICAŢIILE ACESTEIA

Este evident, în lumina celor precizate, că analiştii de copii trebuie să se elibereze de toate acele categorii diagnostice care sunt rigide, statice, descriptive, sau, pentru un alt motiv, străine domeniului lor de lucru. Numai după ce vor fi făcut aceasta, vor fi capabili să privească tablourile clinice din faţa lor cu alţi ochi şi să le evalueze conform cu semnificaţia lor pentru procesul dezvoltării. Aceasta implică redirecţionarea atenţiei de la simptomatologia pacientului către poziţia sa pe o scară a dezvoltării, cu referire la dezvoltarea pulsiunilor Eului şi Supraeului, la structurarea personalităţii (limite stabile între Sine, Eu şi Supraeu) şi la modurile de funcţionare (progresul de la procesul primar la cel secundar al gândirii, de la principiul plăcerii la principiul realităţii) etc. Aceasta implică faptul ca ei să se întrebe dacă copilul care este examinat a atins nivelele de dezvoltare care sunt adecvate pentru vârsta sa, dacă şi în ce aspecte el le-a depăşit sau a rămas în urma acestora; dacă maturizarea şi dezvoltarea sunt procese aflate în desfăşurare, sau în ce grad acestea sunt afectate ca rezultat al tulburării copilului; dacă au intervenit regresii sau blocaje şi, în acest caz, la ce profunzimi şi la ce nivel.

Pentru a găsi răspunsuri la astfel de întrebări este nevoie de o schemă a normelor medii de dezvoltare, pentru toate aspectele personalităţii, la fel ca cea care s-a încercat a fi introdusă în capitolul precedent. Cu cât această schemă devine mai completă, cu atât mai cu succes va putea fi evaluat fiecare pacient în raport cu aceasta, cu referire la uniformitatea

sau neuniformitatea ratei sale de progresie, armonia sau dizarmonia între liniile sale de dezvoltare şi temporaritatea sau permanenţa regresiei sale.

Progresul inegal al pulsiunilor şi al Eului

Sunt de aşteptat consecinţe patologice în cazurile în care dezvoltarea avansează cu viteze diferite, în diferitele arii ale personalităţii. Una dintre aceste situaţii, cu care suntem familiarizaţi, formează o parte a etiologiei nevrozei obsesionale, unde dezvoltarea Eului şi a Supraeului sunt accelerate, în timp ce dezvoltarea pulsională este încetinită sau, cel puţin, este lentă în comparaţie cu primele. Incompatibilitatea între cerinţele relativ crescute morale şi estetice ale Supraeului şi derivatele pulsionale şi fantasmele relativ brute, conduce la conflict intern la care este pusă în mişcare ca răspuns, activitatea defensivă obsesională[1]. Un alt motiv pentru formarea simptomului obsesional, şi anume regresia pulsională unilaterală, va fi discutat mai târziu.

Eventualitatea opusă, şi anume o încetinire a dezvoltării Eului şi Supraeului cuplată cu un progres normal sau exagerat al pulsiunilor, survine cel puţin la fel de frecvent, dacă nu chiar mai frecvent, în populaţia clinică actuală, şi este în parte responsabilă pentru multe dintre tablourile clinice atipice, manifestări limitrofe etc. Atunci când Eul şi Supraeul sunt imature în comparaţie cu nivelele activităţii pulsionale, nici relaţionarea emoţională adecvată cu obiectul şi nici normele sociale şi morale suficient de puternice nu vor fi disponibile pentu a lega şi controla componentele pulsionale pregenitale şi agresive. În evoluţia lor sexuală, astfel de copii ating nivelul sadic-anal fără a avea suficientă maturitate a Eului pentru a converti şi neutraliza tendinţele pregenitale ce aparţin acestei faze, în contribuţii valoroase la formarea caracterului, adică în formaţiunile reacţionale şi sublimările care le corespund. Sau, ei ating nivelul falic fără să fi dezvoltat simultan relaţii obiectale determinate de Eu, care, în mod normal, vor organiza, în alte condiţii, dezarticulatele tendinţe falice în tabloul coerent al complexului oedipian. Sau, ei ating maturitatea fizică în adolescenţă, înainte ca Eul să fie pregătit pentru relaţia emoţională genitală, ce va da înţeles psihic actului sexual etc.

[1] Vezi S. Freud (1913, p. 325): „...sugerez că posibilitatea ca o depăşire cronologică a dezvoltării libidoului de către dezvoltarea Eului ar trebui să fie inclusă în predispoziţia la nevroza obsesională."

Pe scurt, în timp ce dezvoltarea accelerată a Eului conduce la o creştere a conflictelor, la formarea de simptome nevrotice şi la caracterul obsesional, dezvoltarea pulsională accelerată produce lipsă de control în probleme de sexualitate şi agresiune, integrare insuficientă a personalităţii şi personalităţi impulsive (Michaels, 1955).

Dizarmonia între liniile de dezvoltare

După cum am indicat mai sus, nu ne aşteptăm ca copiii să prezinte un model foarte regulat în creşterea lor şi suntem pregătiţi să facem concesii dacă achiziţiile lor sunt mai avansate într-una dintre ariile vieţii decât în celelalte. Dizarmonia între liniile de dezvoltare devine un agent patogen doar dacă dezechilibrul în personalitate este excesiv.

Dacă acestea se întâmplă, copiii sunt trimişi la un serviciu de diagnostic, de obicei cu un lung şir de plângeri de acasă şi de la şcoală. Ei reprezintă „probleme", ei sunt pe atât de tulburaţi în interior, pe cât îi perturbă şi pe ceilalţi. Ei nu acceptă standardele comunităţii şi, în consecinţă, nu se potrivesc în nici un fel de viaţă în comunitate.

Investigaţia clinică confirmă faptul că ei nu se potrivesc, de altfel, nici în etichetele diagnostice folsite uzual. Un mod posibil de a ne apropia de înţelegerea anormalităţii lor este cel de a folosi stadiile de pe diferitele linii de dezvoltare ca pe scale aproximative de măsurare.

Dacă facem aşa, aflăm că nivelele achiziţionate sunt cu totul disproporţionate între ele. Cele mai instructive exemple printre ei sunt copiii cu coeficienţi de inteligenţă verbală deosebit de înalţi cuplaţi, nu numai cum se întâmplă în mod obişnuit, cu nivele de performanţă extrem de mici (ridicând suspiciunea unor tulburări organice), ci şi cu înapoieri exteme pe liniile spre maturitatea emoţională, spre relaţionare, spre gestionarea corpului. Distorsiunile comportamentale rezultante sunt alarmante în special în zone cum sunt trecerea la act a tendinţelor sexuale şi agresive, abundenţa vieţii fantasmate organizate, raţionalizările inteligente ale atitudinilor delicvente şi lipsa de control asupra tendinţelor anale şi uretrale. În modul obişnuit, asemenea cazuri sunt clasificate ca „borderline" sau „prepsihotice".

O altă combinaţie deloc rară este incapacitatea copilului de a atinge stadiile finale pe linia de la joc la muncă, în timp ce dezvoltarea emoţională şi socială, gestionarea corpului etc., sunt intacte şi, în privinţa acestora din urmă, funcţiile copilului sunt la un nivel adecvat vârstei.

Astfel de copii sunt recomandaţi clinicilor drept eşecuri şcolare, în pofida inteligenţei lor ridicate. În examinarea diagnostică obişnuită, nu este uşor să se precizeze paşii în interacţiunea Sine-Eu, în achiziţia cărora ei au eşuat, dacă nu căutăm între aceştia pe cei ce sunt esenţiali pentru atitudinea corectă faţă de muncă, cum sunt controlul şi modificarea componentelor pulsionale pregenitale, funcţionarea în conformitate cu principiul realităţii şi plăcerea din rezultatele ultime ale activităţii. Uneori toate acestea, alteori doar unele sau altele, lipsesc. Descriptiv, copiii în discuţie sunt clasificaţi de obicei ca „lipsindu-le concentrarea", ca având o „îngustime a atenţiei", ca „inhibaţi".

Regresii permanente şi consecinţele lor

După cum am discutat înainte (în capitolul 3), regresiile încetează să mai fie un factor benefic în dezvoltare dacă rezultatele lor devin permanente, în loc să fie reversibile în mod spontan. În acest caz, diversele instanţe din interiorul structurii (Sinele, Eul şi Supraeul) trebuie să ajungă la noi înţelegeri una cu cealaltă pe baza daunei ce a fost făcută de regresie. Aceste post-efecte ale regresiei sunt cele care au cele mai dăunătoare repercusiuni asupra personalităţii şi care trebuiesc considerate ca patogene prin rolul lor.

Regresiile permanente, spre deosebire de cele temporare, îşi pot avea punctul de început în oricare zonă a presonalităţii.

Una dintre posibilităţi este aceea ca mişcările regresive să înceapă în *Eu şi Supraeu* şi să le reducă pe ambele la un nivel mai scăzut de funcţionare şi astfel, secundar, dauna se răspândeşte de acolo la derivatele Sinelui. Eul şi Supraeul, dacă sunt regresate, au o putere de control mai mică şi acest fapt devine manifest printr-o slăbire a „cenzurii", adică în linia ce divide între Sine şi Eu şi în eficienţa generală a apărărilor Eului. Rezultatele sunt comportamentul impulsiv, izbucnirea afectelor şi tendinţelor agresive, încălcări frecvente ale controlului Sinelui şi irupţii ale elementelor iraţionale în conştiinţa şi comportamentul la început raţional al copilului. Pentru părinţi, acestea sunt dezvoltări alarmante care schimbă caracterul copilului până la nerecunoaştere, fără vreun motiv aparent. În investigarea clinică, deteriorarea care a survenit poate fi într-un fel urmărită înapoi, la o situaţie de suprasolicitare în care Eul şi Supraeul au fost subiecte ale unor întâmplări cum ar fi şocul traumatic, angoasa indusă de evenimente interne sau externe, separaţii, dezamăgiri severe în privinţa obiectelor iubirii copilului, deziluzionare severă din partea obiectelor sale de identificare etc. (Jacobson, 1946).

Cealaltă posibilitate este aceea ca regresia *să înceapă dinspre derivatele Sinelui* şi ca de acolo influenţa sa patogenă să se răspândească şi în direcţia opusă. În acest caz, Eul şi Supraeul sunt afectate într-unul sau două moduri, depinzând dacă ele trec cu vederea activitatea pulsională diminuată, sau dacă obiectează.

În entităţile clinice care aparţin *primei situaţii,* Eul şi Supraeul se predau atragerii regresive exercitate de întâmplările proprii pulsiunilor şi reacţionează prin regresia lor însele, reprezentată de o scădere a standardelor şi cerinţelor acestora. În acest fel, conflictul intern între Sine şi Eu este evitat, iar pulsiunile rămân *ego-sintonice*. Pe de altă parte, personalitatea copilului în întregul său este afectată în acest mod şi întregul său nivel de maturitate este redus, circumstanţă care conduce la multe forme derutante de comportament infantil delicvent, atipic şi de limită. În detaliul clinic, tulburarea rezultantă depinde de intensitatea mişcărilor regresive de ambele părţi, de componentele pulsionale particulare sau de funcţiile Eului şi Supraeului ce sunt afectate şi, în final, de noile interacţiuni dintre Sine şi Eu aflate la nivelul la care regresia s-a oprit.

Datorită slăbiciunii şi imaturităţii relative a Eului infantil, o astfel de răspândire a regresiei în ambele părţi ale personalităţii este mult mai mult o caracteristică a copilăriei, decât poate fi întâlnită la adulţi, deşi nu este cu totul absentă în ultimul caz.

Cea de-a doua situaţie se referă la acei copii al căror Eu şi Supraeu sunt mai bine organizate încă de la o vârstă mai timpurie şi care sunt capabili să facă faţă mai bine activităţii pulsionale regresate. În multe aspecte, funcţiile acestora au atins ceea ce împreună cu Hartmann (1950b) numim autonomia secundară a Eului, adică o măsură a independenţei faţă de întâmplările din Sine. În loc să treacă cu vederea fantasmele şi impulsurile brute, sexuale şi agresive, care apar în conştiinţă după ce energia pulsională a regresat la punctele de fixaţie, aceşti copii sunt înspăimântaţi de acestea, le resping cu angoasă şi, sub presiunea angoasei, recurg iniţial la diferite mecanisme de apărare pentru ca, în cazul în care acestea suferă un eşec, să recurgă la compromis şi formare de simptom. Pe scurt, ei dezvoltă conflictele interne care conduc la tablourile familiare ale diferitelor nevroze infan-

tile. Isteriile de angoasă, fobiile, pavorul nocturn, obsesiile, ritualurile, ceremonialurile de culcare, inhibiţiile, nevrozele caracteriale, aparţin acestei categorii.

Diferenţa dintre regresia pulsională ego-sintonică şi cea ego-distonică este ilustrată cel mai bine prin referire la regresia de la faza falică la cea sadic-anală, aşa cum apare ea la băieţi prin intervenţia angoaselor de castrare provocate de evenimentele din complexul oedipian.

Copiii la care regresia Eului şi a Supraeului urmează îndeaproape regresia pulsională, devin la acest moment mai murdari sau mai agresivi, sau mai agăţători-posesivi, sau mai pasivi-feminini în comportament, sau expun o combinaţie a acestor variate atribute ce sunt implicate în sexualitatea fazei anale. Pentru aceştia, caracteristica este aceea că nu sunt deranjaţi de a recădea în atitudini pe care le depăşiseră cu succes la un moment anterior.

Ceilalţi copii, ale căror instanţe ale Eului sunt suficient de puternice pentru a rezista regresiei şi care reacţionează cu tipica angoasă, vină şi activitate defensivă, nu vor dezvolta aceleaşi simptome nevrotice sau trăsături de caracter în fiecare caz, ci o varietate de simpome în concordanţă cu elementele pulsionale specifice la care ei obiectează cel mai intens. Acolo unde tendinţele murdare, sadice sau pasive sunt respinse de către Eu şi Supraeu cu intensitate egală, apărarea este răspândită peste tot, iar simptomatologia este abundentă. Dacă numai una sau alta este selectată, simptomele se vor restrânge doar la curăţenie excesivă, temeri legate de poluare, compulsie la spălare sau la inhibiţie a activităţii şi competiţiei, teamă de a fi transformat în femeie sau la răbufniri compensatorii de masculinitate agresivă etc. În oricare dintre cazuri, rezultatul este inconfundabil, *nevrotic*, fie el în forma simptomelor obsesionale izolate, fie în începutul formării unui caracter obsesional.

Este adevărat că şi în aceste cazuri Eul este în final afectat şi el de regresie şi devine mai infantil; dar acesta este un eveniment secundar datorat mecanismelor primitive de apărare cum ar fi negarea, gândirea magică, izolarea, anularea, care sunt aduse în ajutorul refulărilor şi formaţiunilor reacţionale mult mai adecvate vârstei. De altfel, această regresie este limitată la funcţiile Eului. În ceea ce priveşte nivelul şi severitatea pretenţiilor idealului Eului şi ale Supraeului, nu există nici o mişcare regresivă; dimpotrivă Eul continuă să se supună la cele mai dureroase contorsiuni pentru a le îndeplini.

EVALUAREA DUPĂ TIPUL DE ANGOASĂ ŞI DE CONFLICT

În cursul creşterii normale, fiecare copil face o serie de paşi care conduc de la stadiul iniţial, de relativă nediferenţiere la structurarea completă finală a personalităţii într-un Sine, un Eu şi un Supraeu. Diviziunea între Sine şi Eu comportând moduri diferite de funcţionare, scopuri şi preocupări diferite, va fi urmată de o diviziune în interiorul Eului, ca urmare a căreia, rolul de a ghida şi critica gândurile şi acţiunile Eului este atribuit Supraeului, Idealului Eului şi Selfului ideal. Poziţia exactă a copilului pe această linie de dezvoltare şi afectarea sau neafectarea creşterii în această privinţă se revelează diagnosticianului prin două tipuri de semne manifeste: după tipul conflictelor copilului şi după tipul prevalent al angoaselor acestuia.

Cu privire la conflict, există trei posibilităţi principale. Prima este aceea în care copilul se află în conflict de interese cu mediul său. Aceasta se întâmplă ori de câte ori Eul copilului, sub influenţa dictatelor principiului plăcerii, ia partea Sinelui în urmărirea satisfacerii nevoii, pulsiunii şi dorinţei, iar controlul derivatelor Sinelui este lăsat lumii externe. Aceasta este o stare de lucruri legitimă în copilăria timpurie, înainte ca Eul şi Sinele să se fi îndepărtat suficient unul de celălalt, dar este considerată „infantilă“ dacă persistă la o vârstă mai mare sau dacă copilul regresează la aceasta. Angoasele coordonate cu această stare şi caracteristice diagnostic acesteia, sunt provocate de lumea externă şi iau forme diferite, conform unei secvenţe cronologice, ce se desfăşoară după cum urmează: teama de anihilare datorată pierderii obiectului care îngrijeşte (adică anxietatea de separare în perioada unităţii biologice cu mama); teama de pierdere a iubirii obiectului (după stabilirea constanţei obiectului); teama de critică şi pedeapsă din partea obiectului (în timpul fazei sadic-anale, moment în care această teamă este reîntărită prin proiecţia propriei agresivităţi a copilului); teama de castrare (în perioada falic-oedipiană).

Al doilea tip de conflict poate lua fiinţă după identificarea cu puterile externe şi după introiectarea autorităţii acestora în Supraeu. Motivele de discordie pot rămâne cele din cazul precedent, adică urmărirea satisfacerii pulsionale şi a dorinţei, dar neînţelegerile înseşi survin acum în interior între Eu şi Supraeu. În privinţa angoaselor, aceasta se revelează manifest prin teama de Supraeu, adică prin vină. Pentru diagnostician, apariţia sentimentelor de vinovăţie este semnul negreşit că s-a produs

acest pas important în structurare, şi anume apariţia unui Supraeu funcţional.

Pentru cel de-al treilea tip de conflict, este caracteristic faptul că condiţiile externe nu au nici o influenţă asupra lui, nici direct, ca în primul tip, nici indirect, ca în cel de-al doilea tip. Conflictele de acest tip sunt derivate exclusiv din relaţiile între Sine şi Eu şi din diferenţele intrinseci între organizările lor. Reprezentanţii pulsionali şi afectele de calitate opusă, aşa cum sunt iubirea şi ura, activul şi pasivul, tendinţele masculine şi cele feminine, trăiesc paşnic, unul lângă altul, în interiorul Sinelui, atâta vreme cât Eul este imatur. Dar acestea devin incompatibile una cu cealălaltă şi se transformă în surse de conflict imediat ce funcţia sintetică a Eului în maturizare ajunge să le resimtă ca relevante. Pe de altă parte, orice creştere canitativă în exigenţelor pulsiunilor este resimţită de către Eul imatur ca o ameninţare la organizarea sa şi devine o sursă a unor conflicte de acest fel. Aceste conflicte în întregime interne provoacă o mare cantitate de angoasă la copil; dar, prin opoziţie cu frica şi vina, această angoasă rămâne în profunzimi şi este cel mai sigur să fie identificată abia în timpul analizei şi nu la stadiul de diagnostic.

O clasificare a conflictelor în externe, internalizate şi cu adevărat interne, ajută la gradarea, într-o anumită ordine de severitate, a acelor perturbări ale copilului care, în mod esenţial, sunt bazate pe conflict. În ceea ce priveşte terapia, aceasta explică de asemena de ce anumite cazuri sunt ameliorate de gestionarea condiţiilor de mediu (acelea bazate pe conflict extern); de ce altele sunt accesibile doar intervenţiei interne, dar nu au nevoie de mai mult decât perioade medii de analiză (conflicte internalizate), în timp ce un anumit număr de copii au nevoie de tratament analitic de durată foarte lungă şi de intensitate neobişnuită şi vor prezenta analiştilor dificultăţi excesive (conflicte cu adevărat interne) (vezi S. Freud, 1937).

EVALUAREA ÎN FUNCŢIE DE CARACTERISTICILE GENERALE

De la analistul de copii, care are sarcina de a evalua semnificaţia unei tulburări prezente a unui copil, se aşteaptă invariabil şi câteva opinii privind şansele acestuia de sănătate sau boală psihică în viitor. Baza pentru aceste predicţii se găseşte nu doar în detaliile tulburării infantile existente, ci şi în anumite caracteristici generale ale personalităţii care joacă un rol esenţial în menţinerea echilibrului intern. Aceste caracteristici sunt o parte din constituţia dată a individului, adică ele sunt ori înnăscute, ori achiziţionate sub influenţa primelor experienţe ale bebeluşului. Deoarece Eul este acela care trebuie să medieze în interiorul Selfului şi între Self şi mediu, aceste trăsături sunt în cea mai mare parte caracteristici ale Eului. Astfel de factori stabilizatori sunt înalta toleranţă la frustrare, un înalt potenţial de sublimare, căile eficiente de a face faţă angoasă şi o exigenţă puternică de a încheia dezvoltarea.

Toleranţa la frustrare şi potenţialul de sublimare

Experienţa ne arată că şansele unui copil de a rămâne sănătos psihic sunt strâns legate de reacţia acestuia la neplăcerea produsă în momentul în care derivatele pulsionale rămân nesatisfăcute. Copiii diferă larg sub acest aspect, în aparenţă de la bun început. Unii resimt orice întârziere sau raţionalizare a satisfacţiei drept intolerabilă şi protestează împotriva acestora prin nefericire, supărare şi nerăbdare. Ei insistă pe îndeplinirea neschimbată a dorinţei originare şi resping orice satisfacţie substitutivă şi orice compromis, din start. În mod obişnuit, aceasta se prezintă mai întâi în situaţiile de hrănire, dar este dusă de acolo la stadiile mai târzii ca un răspuns obişnuit la orice contrazicere a dorinţelor. În opoziţie, alţi copii se confruntă cu aceeaşi cantitate de frustrare, cu relativ calm, sau reduc în mod sistematic orice tensiune prin care trec, prin acceptarea gratificării substitutive. Acest răspuns este continuat în acelaşi fel, de la stadiile cele mai timpurii la cele mai târzii.

În mod evident, copiii din prima categorie sunt cei primejduiţi. Cantităţile nediminuate de tensiune şi angoasă cărora Eurile lor trebuie să le facă faţă sunt păstrate sub o verificare foarte precară prin mijloacele apărărilor primitive cum ar fi negarea şi proiecţia, sau sunt lăsate să scape, periodic, sub forma unor crize de nervi haotice. De la aceste formaţiuni, există o cale foarte scurtă până la patologie, adică până la producerea de simptome nevrotice, delicvente sau perverse.

Copiii din a doua categorie rămân neperturbaţi în aceleaşi condiţii sau găsesc uşurare în deplasarea şi neutralizarea sănătoasă a energiei pulsionale, pe care ei o direcţionează spre ţinte disponibile, inhibate în raport cu scopul. Fără nici o îndoială capacitatea de a sublima, acţionează ca un adevărat gardian al sănătăţii lor psihice.

STĂPÂNIREA ANGOASEI

Există o diferenţă mică între copii în privinţa tipului de angoasă pe care îl trăiesc, din moment ce, după cum am menţionat înainte, diferitele sale tipuri sunt subproduse invariabile ale stadiilor consecutive: de uniune biologică cu mama (angoasa de separare); de relaţionare cu obiectul (frica de pierdere a iubirii); de complex oedipian (angoasa de castrare); de formare a Supraeului (vina). Nu prezenţa sau absenţa, calitatea, sau chiar cantitatea de angoasă sunt cele care să permită prognostice cum ar fi viitoarea sănătate sau boală psihică; ceea ce este semnificativ în această privinţă este doar abilitatea Eului de a trata cu angoasa. Aici, diferenţele între un individ şi altul sunt foarte importante şi şansele de păstrare a echilibrului psihic variază corespunzător.

În circumstanţe egale, este mult mai probabil ca ei (copiii) să cadă victime tulburărilor nevrotice mai târzii dacă sunt incapabili să tolereze măcar cantităţi moderate de angoasă. În acest caz, ei trebuie să nege şi să refuleze toate pericolele externe şi interne care constituie potenţiale surse de angoasă; sau să proiecteze pericolele interne în lumea externă, care devine astfel şi mai înfricoşătoare; sau să se retragă în mod fobic din situaţiile periculoase pentru a evita accesele de angoasă. Pe scurt, ei stabilesc un model pentru viaţa de mai târziu în care libertatea faţă de angoasa manifestă trebuie obţinută cu orice preţ şi realizează acest lucru pe calea folosirii constante a atitudinilor defensive care favorizează rezultate patologice.

Copiii a căror perspectivă de sănătate psihică este mai bună sunt aceia care fac faţă aceloraşi situaţii periculoase în mod activ, pe calea resurselor Eului, aşa cum sunt înţelegerea intelectuală, raţionamentul logic, contra-atacul agresiv, adică prin stăpânire decât prin retragere. Atâta timp cât ei pot face faţă unor mari cantităţi de angoasă în această manieră, ei se pot în consecinţă lipsi de activitatea defensivă excesivă, de formaţiunile de compromis şi de simptomatologie[1].

Stăpânirea activă a angoasei a fost descrisă mai concret de O. Isakower în prezentarea sa verbală, despre un copil speriat care a spus cu invidie:

[1] Această stăpânire activă a angoasei nu trebuie confundată cu binecunoscutele tendinţe contrafobice la copii. În prima, Eul tratează în mod direct şi sănătos cu pericolul însuşi, în timp ce în cea de-a doua Eul se apără în mod secundar de atitudinile fobice deja stabilite.

„Chiar şi soldaţii au temeri; dar ei sunt norocoşi, lor nu le pasă că le este frică."

Tendinţe regresive versus *tendinţe progresive.*

În măsura în care există în toţi copiii atât forţe regresive cât şi forţe progresive ca elemente legitime de dezvoltare, raportul de putere între ele variază de la individ la individ. Există copii pentru care, de foarte timpuriu, fiecare nouă experienţă emană promisiunea unei plăceri, chiar dacă este vorba despre noi gusturi şi consistenţe ale mâncării; noi paşi de la dependenţă spre independenţă în motilitate; plecări de lângă mamă pentru noi aventuri, jucării, tovarăşi de joacă; mersul de-acasă la grădiniţă, la şcoală etc. Vieţile lor sunt dominate de dorinţele de a fi „mare", de „a face ce fac cei mari" şi împlinirile normale parţiale ale unor asemenea dorinţe îi compensează pentru dificultăţile, frustrările şi dezamăgirile obişnuite, întâlnite în drum. Copiii de tipul opus trăiesc creşterea de la fiecare nivel, mai presus decât orice, ca deprivare de formele anterioare de gratificare. Ei nu se înţarcă atunci când acest pas este adecvat vârstei, ci se agaţă de sân sau biberon şi transformă faptul de a fi înţărcat într-un eveniment traumatic; le este frică de consecinţele faptului de a creşte mari, de ale aventurării în afară, de a întâlni străini şi, mai târziu, de a-şi asuma responsabilităţi etc.

Diferenţierea clinică între cele două tipuri este cel mai bine făcută prin observarea reacţiilor copiilor în anumite experienţe de viaţă mai solicitante, aşa cum ar fi boala somatică, naşterea unui frăţior etc. Acolo unde tendinţele progresive le depăşesc pe cele regresive, copilul răspunde la perioade prelungite de boală prin maturizarea Eului său, sau răspunde la naşterea unui bebeluş în familie, reclamând statutul şi privilegiile de frate sau soră „mai mare". Acolo unde regresia este mai puternică decât progresul, boala organică face copilul mai infantil, iar naşterea unui frăţior devine un motiv pentru copilul mai mare de a renunţa la achiziţiile sale şi de a-şi dori pentru el însuşi statutul de bebeluş.

Această preponderenţă, fie a tendinţelor progresive, fie a celor regresive ca o caracteristică generală a personalităţii, influenţează menţinerea unei sănătăţi psihice şi, în consecinţă, are valoare prognostică. Copiii din prima categorie sunt ajutaţi să se angajeze în maturizare, adaptare şi dezvoltare prin câştigurile de plăcere pe care le experimentează pe

drumul lor. Copiii din ultima categorie sunt mult mai expuşi opririlor în punctele de tranziţie dintre nivelele de dezvoltare, mult mai predispuşi la stabilirea de puncte de fixaţie, la a avea prăbuşiri ale echilibrului şi la a face apel la formarea de simptom.

UN PROFIL METAPSIHOLOGIC AL COPILULUI

Investigaţia din timpul procesului de evaluare produce o masă de informaţii constituită din date de valori diferite şi referindu-se la diferite zone şi straturi ale personalităţii copilului: elemente organice şi psihice, de mediu, înnăscute şi istorice; evenimente traumatice şi benefice; dezvoltare, comportament şi achiziţii, trecute şi prezente; succese şi eşecuri; apărări şi simptomatologie etc. Deşi toate datele care sunt obţinute merită o investigaţie atentă, incluzând verificarea şi corectarea lor mai târzie în tratament, nu trebuie judecat independent nici un element singular, adică nu fără a privi elementul în interiorul contextului său, lucru de bază pentru gândirea psihanalitică. Factorii ereditari depind, în impactul lor patogen, de influenţele acciedentale cu care ei interacţionează. Deficienţele organice cum ar fi malformaţiile, cecitatea etc., dau naştere la cele mai variate consecinţe psihologice conform circumstanţelor de mediu şi dotării psihice a copilului. Angoasa, aşa cum a fost descrisă mai sus, nu poate fi suficient evaluată pe baza fie a cantităţii, fie a calităţii, în măsura în care impactul ei patogen depinde de dispozitivele de adaptare (Murphy, 1964) şi de resursele de apărare ale Eului. Crizele şi acţiunile iraţionale ale copilului trebuie verificate în raport cu modelele de comportament oferite de către familie, iar evaluarea cazurilor în care copilul dezvoltă aceste forme de comportament în mod independent trebuie să fie diferită de acelea în care el le-a adoptat prin imitaţie şi identificare. Evenimentele traumatice nu ar trebui luate la valoarea lor de suprafaţă, ci ar trebui traduse în înţelesul lor specific pentru copilul respectiv. Atribute cum ar fi eroismul sau laşitatea, generozitatea sau zgârceniea, raţionalitatea sau iraţionalitatea tebuiesc înţelese în mod diferit la indivizi diferiţi şi judecate în lumina rădăcinilor lor genetice şi a adecvării lor la fază şi vârstă etc. Astfel, oricare dintre elementele obţinute, deşi identice ca nume, pot fi total diferite ca semnificaţie, în contextul unei personalităţi diferite. În acelaşi mod în care aceste variabile nu suportă comparaţie cu alte variabile presupus identice de la alţi indivizi, ele nu oferă nici o bază de încredere în evaluarea diagnostică, dacă sunt văzute în afara contextului, adică nelegate de alte zone ale structurii personalităţii.

În mintea analistului, întreaga cantitate de material colectat în timpul procedurii diagnostice se organizează în ceea ce poate fi numit un profil metapsihologic comprehensiv al copilului, adică o imagine care să conţină date dinamice, genetice, economice, structurale şi adaptative. Aceasta poate fi văzută ca un efort sintetic al analistului când are de-a face cu descoperiri disparate sau, invers, văzându-şi gândirea diagnostică fragmentată analitc în părţile sale componente.

Profile de acest tip pot fi schiţate în diferite conjuncturi, şi anume, după primul contact între copil şi clinică (stadiu diagnostic preliminar), în timpul analizei (stadiul tratamentului) şi după încheierea analizei sau într-o completare a ei (stadiul terminal). Dacă acest lucru este făcut, profilul serveşte nu doar ca un instrument de completare şi verificare a diagnosticului, cât şi ca un instrument de apreciere a rezultatelor tratamentului, adică drept un control al eficacităţii tratamentului psihananlitic.

La stadiul de diagnostic, profilul pentru fiecare caz ar trebui început cu simptomele referite ale copilului, descrierea lui, antecedentele familiale şi istoricul şi cu o enumerare a posibilelor influenţe semnificative de mediu. De la acestea, trece la tabloul intern al copilului care conţine informaţie despre *structura* lui de personalitate; influenţa reciprocă dinamică din interiorul structurii; anumiţi factori economici privitori la activitatea pulsională şi puterea relativă a forţelor Sinelui şi Eului; adaptarea sa la realitate; şi câteva ipoteze genetice (care urmează a fi verificate în timpul tratamentului). Astfel, fragmentat în elemente, profilul unui individ poate arăta după cum urmează:

Schiţă de profil diagnostic

I. MOTIVELE DE ADRESARE (Opriri în dezvoltare, Probleme de comportament, Angoase, Inhibiţii, Simptome etc.)

II. DESCRIEREA COPILULUI (Aspectul personal, Dispoziţii, Purtare etc.)

III. ISTORICUL FAMILIAL ŞI ISTORICUL PERSONAL

IV. INFLUENŢE DE MEDIU POSIBIL SEMNIFICATIVE

V. EVALUĂRI ALE DEZVOLTĂRII

A. *Dezvoltarea pulsională*

1. Libido - examinare şi stare

(a) cu privire la faza de dezvoltare:
- dacă în succesiunea fazelor libidinale (orală, anală, falică; latenţă; preadolescenţă, adolescenţă) copilul a funcţionat la stadiul adecvat vârstei sale, şi în special dincolo de nivelul anal la cel falic;
- dacă a obţinut dominaţia fazei asupra acestuia;
- dacă, la momentul evaluării, nivelul cel mai înalt a fost menţinut sau a fost abandonat regresiv pentru unul mai timpuriu;

(b) cu privire la *distribuţia libidoului*:
- dacă Selful este investit, la fel de bine ca şi lumea obiectală şi dacă există suficient narcisism (primar şi secundar, investit în corp, în Eu şi în Supraeu) pentru a asigura auto-aprecierea, stima de sine, un sentiment de bunăstare, fără a conduce la supraestimarea Selfului, independenţă excesivă faţă de obiecte etc; stabilirea gradului de dependenţă al auto-aprecierii de relaţiile de obiect;

(c) cu privire la libidoul obiectal:
- dacă în nivelul şi calitatea relaţiilor obiectale (narcisic, anaclitic, constanţa obiectului, preoedipian, oedipian, postoedipian, adolescentin) copilul a funcţionat conform vârstei;
- dacă, la momentul evaluării, nivelul cel mai înalt atins este menţinut sau a fost abandonat regresiv;

dacă relaţiile obiectale existente corespund sau nu cu nivelul menţinut sau regresat al fazei de dezvoltare.

2. Agresivitatea - Examinăm expresiile agresive pe care copilul le are la dispoziţie:

(a) în funcţie de cantitatea lor, adică prezenţa sau absenţa lor în tabloul manifest;

(b) în funcţie de calitatea lor, adică a corespondenţei lor cu nivelul de dezvoltare al libidoului;

(c) în funcţie de direcţia lor spre lumea obiectală sau spre self.

B. *Dezvoltarea Eului şi a Supraeului*

(a) examinăm şi stabilim integritatea sau deficitele aparatului Eului, ce servesc percepţia, memoria, motilitatea etc.

(b) examinăm şi stabilim în detaliu integritatea, sau nu, a *funcţiilor* Eului (memoria, testarea realităţii, sinteza, controlul motilităţii, vorbirea, procesul secundar de gândire). Se caută deficienţele primare. Se notează inegalitatea în nivelele atinse. Se includ rezultatele la testele de inteligenţă.

(c) examinăm în detaliu situaţia *organizării defensive* şi apreciem următoarele:
- dacă apărarea este folosită în mod specific împotriva *pulsiunilor individuale* (de identificat în acest caz) sau, mai general, împotriva activităţii pulsionale şi a plăcerii instinctuale; dacă apărările sunt *adecvate vârstei*, prea primitive, sau prea precoce;
- dacă apărarea este *echilibrată*, adică dacă Eul are :a dispoziţia sa folosirea mai multora dintre mecanismele importante sau este restricţionat la folosirea excesivă doar a unora;
- dacă apărarea este eficientă, în mod special în tratarea sa cu angoasa, dacă ea are ca rezultat echilibrul sau dezechilibrul, labilitatea, mobilitatea sau impasul în interiorul structurii;
- dacă şi cât de departe apărarea copilului împotriva pulsiunilor este dependentă de lumea obiectală sau independentă de aceasta.

(d) se va observa orice interferenţă secundară a activităţii defensive cu achiziţiile Eului, adică preţul plătit de către individ pentru menţinerea organizării defensive.[1]

VI. EVALUĂRI GENETICE (Regresie şi puncte de fixaţie)

În măsura în care noi afirmăm că toate nevrozele infantile (şi anumite tulburări psihotice la copii) sunt iniţiate de regresii ale libidoului la puncte de fixaţie de la diferite nivele timpurii, localizarea acestor momente de tulburare în istoria unui copil este una dintre preocupările

[1] Interacţiunea dezvoltării pulsiunii cu dezvoltarea Eului şi a Supraeului poate fi evaluată prin folosirea pentu acest scop a liniilor de dezvoltare (vezi capitolul 3) care ne oferă o idee despre cum reacţionează întreaga personalitate la oricare dintre situaţiile de viaţă care îi pun copilului o problemă imediată de a fi stăpânite. Aceasta poate fi făcută, fie în interiorul cadrului Profilului (ca în partea V, C) sau ca o adăugire la el.

principale ale diagnosticianului. În momentul diagnosticului inițial, astfel de zone se trădează:

(a) prin anumite *forme de comportament manifest* care sunt caracteristice unui anumit copil şi care permit concluzii asupra proceselor subiacente ale Sinelui care au fost supuse refulării şi modificării, dar care au lăsat o urmă evidentă. Exemplul cel mai bun este caracterul obsesional manifest în care curățenia, ordinea, punctualitatea, stocarea, îndoiala, indecizia, încetineala etc., trădează dificultatea specială trăită de copil la momentul confruntării cu impulsurile fazei sadic-anale, adică o fixație la această fază. În mod similar, alte formări şi atitudini de caracter trădează puncte de fixație la alte nivele, sau în alte zone. (Grija pentru sănătatea sau siguranța părinților sau fraților arată o dificultate specială de a face față dorințelor de moarte din copilărie; teama de medicamente, capriciile alimentare etc. indică apărarea împotriva fantasmelor orale; timiditatea pe cea împtriva exhibiționismului; dorul de casă pe cea a ambivalenței nerezolvate etc.)

(b) prin *activitatea de fantasmare* a copilului, trădată uneori în mod accidental în procedura diagnostică, dar de obicei accesată doar prin teste de personalitate. (În timpul psihanalizei, fantasmele conştiente şi inconştiente ale copilului furnizează, desigur, informația cea mai deplină despre părțile patogene importante ale istoriei dezvoltării sale);

(c) prin acele elemente din *simptomatologie* în care relațiile între suprafață şi profunzime sunt ferm stabilite şi nu variabile, şi binecunoscute diagnosticianului, aşa cum sunt simptomele nevrozei obsesionale cu punctele lor de fixație cunoscute. În contrast, simptomele cum ar fi mințitul, furatul, enurezisul etc., cu cauzalitatea lor multiplă, nu transmit nici o informație din punct de vedere al genezei, la stadiul de diagnostic.

VII. EVALUĂRI DINAMICE ŞI STRUCTURALE (Conflicte)

Comportamentul este guvernat de influența reciprocă dintre forțele interne şi cele externe sau dintre forțele interne (conştiente sau inconştiente) una în raport cu cealaltă, adică de rezultatul conflictelor. Examinăm conflictele în cazul dat şi la clasificăm în:

(a) conflicte externe între instanțele Sine-Eu şi lumea obiectală (producând frica de lumea obiectală);

(b) conflicte internalizate între Eu-Supraeu şi Sine după ce instanțele Eului au preluat şi reprezintă în fața Sinelui cererile lumii obiectale (producând vină).

(c) conflicte interne între reprezentanți ai pulsiunilor insuficienți fuzionați sau incompatibili (aşa cum sunt ambivalența nerezolvată, activitate versus pasivitate, masculinitate versus feminitate etc.).

În funcție de predominanța uneia dintre cele trei tipuri, se poate ajunge la evaluări ale:

(1) nivelului de maturitate, adică relativa independență a structurii de personaliate a copilului;

(2) severității tulburării sale;

(3) intensității terapiei necesare pentru alinarea sau înlăturarea tulburării.

VIII. EVALUAREA UNOR CARACTRISTICI GENERALE

Ar trebui de asemenea cercetată întreaga personalitate a copilului prin căutarea de caracteristici generale cu posibilă semnificație pentru prognosticul şanselor de remisiune sponatnă şi reacție la tratament. Examinăm în legătură cu asta, următoarele zone:

(a) toleranța copilului la frustrare. Acolo unde (ținând cont de vârsta de dezvoltare) toleranța la tensiune şi frustrare este neobişnuit de scăzută, se va genera mai multă angoasă decât i se va putea face față, iar succesiunea patologică a regresiei, activitatea defensivă şi formarea de simptom vor fi puse mai uşor în mişcare. Acolo unde toleranța la frustrare este înaltă, echilibrul va fi menținut sau recâştigat cu mai mult succes.

(b) potențialul de sublimare al copilului. Indivizii diferă pe o scară largă în privința gradului în care gratificarea deplasată, inhibată în raport cu scopul şi neutralizată îi poate recompensa pentru frustrarea împlinirii pulsionale. Acceptarea acestor prime tipuri de gratificare (sau eliberarea potențialului de sublimare în tratament) poate reduce nevoia de soluții patologice;

(c) atitudinea generală a copilului la angoasă. Examinăm în ce

măsură apărarea copilului împotriva fricii de lumea externă şi angoasei cauzate de lumea internă se bazează exclusiv pe măsuri fobice sau contrainvestiri, care sunt ele însele strâns legate de patologie; şi în ce măsură există o tendinţă de a stăpâni activ situaţiile de pericol interne şi externe, ultima fiind un semn al unei structuri bine echilibrate a Eului, fundamental sănătoase;

(d) forţele progresive de dezvoltare *versus* tendinţele regresive. În mod normal, ambele sunt prezente în personalitatea imatură. Când primele le întrec pe ultimele, şansele de normalitate şi remisie spontană sunt crescute; formarea de simptom este mai tranzitorie din moment ce mişcările de înaintare la următorul nivel de dezvoltare modifică echilibrul interior de forţe. Acolo unde ultima, adică regresia este predominantă, rezistenţele la tratament şi încăpăţânarea în soluţiile patologice vor fi şi mai impresionante. Relaţiile economice între cele două tendinţe pot fi deduse prin urmărirea luptei copilului între dorinţa activă de a creşte şi refractaritatea sa faţă de renunţarea la plăcerile pasive ale bebeluşului.

IX. DIAGNOSTIC

În cele din urmă, este sarcina diagnosticianului de a reasambla elementele menţionate mai sus şi de a le combina într-o evaluare clinică plină de înţeles. El va trebui să decidă între un număr de categorii cum ar fi următoarele:

(1) că, în pofida unor tulburări manifeste curente, creşterea personalităţii copilului este în mod esenţial sănătoasă şi se înscrie în categoria largă a „variaţiilor normalului";
(2) că formaţiunile patologice (simptomele) existente sunt de natură tranzitorie şi pot fi clasificate drept produse colaterale ale solicitării dezvoltării;
(3) că există o regresie pulsională permanentă la punctele de fixaţie anterior stabilite, care conduce la conflicte de tip nevrotic şi dă naştere la nevroze infantile şi la tulburări de caracter;
(4) că există regresie pulsională ca mai sus, plus regresii simultane ale Eului şi ale Supraeului care conduc la infantilism, structură de limită, delicvenţă sau tulburări psihotice;
(5) că există deficienţe primare de natură organică care distorsionează dezvoltarea şi structurarea şi care produc o personalitate retardată, deficientă sau atipică.
(6) că există procese distructive active (de origine organică, toxică, sau psihică, cunoscută sau necunoscută) care au efectuat, sau sunt pe punctul de a efectua, o întrerupere a creşterii psihice.

CAPITOLUL 5
Evaluarea patologiei

Partea a II-a
Câteva stadii infantile premergătoare ale psihopatologiei adultului

Pentru analistul de copii, evaluarea stării copilului serveşte unei varietăţi de scopuri. Unele reprezintă preocupări practice, cum ar fi decizia de a urma sau nu un tratament şi alegerea celei mai potrivite metode terapeutice. Altele sunt teoretice şi reprezintă încercări de a învăţa mai multe despre procesele de dezvoltare înseşi. În cele din urmă, dar nu pe ultimul loc ca importanţă, se află eforturile de a formula tablouri mai clare ale fazelor iniţiale ale acelor tulburări psihice, care sunt cunoscute în principal prin stadiile lor mai târzii[1], şi de a clarifica domeniul prin diferenţierea între manifestările patologice tranzitorii şi cele permanente.

NEVROZELE INFANTILE

Există diferite motive pentru care analiştii de copii se simt pe un teren mai sigur când au de-a face, din punct de vedere diagnostic, cu această categorie. Din cele mai timpurii zile ale psihanalizei, nevroza infantilă a fost declarată ca fiind nu doar pe picior de egalitate cu contrapartea sa adultă, ci chiar mai mult decât atât, prototipul şi modelul acesteia.

Există argumente în literatura analitică clasică asupra acestui subiect conform cărora nevroza din copilărie are semnificaţia „de a fi tipul şi modelul“ (S. Freud, 1909, p. 147) nevrozei adulte; că analizele nevrozelor infantile „ne oferă... atâta ajutor pentru înţelegerea corectă a nevrozei

[1] Conform unui termen introdus de Liselotte Frankl, a studia „istoria naturală“ a tulburărilor adultului.

adultului, cât ne ajută visele copiilor la înţelegerea viselor adulţilor“ (S. Freud, 1918, p. 9); că studiul acestora „ne protejează de ... înţelegerea greşită ... a nevrozelor adulţilor“ (S. Freud, 1916-1917, p. 363); că „analiza revelează în mod regulat [nevroza de la vârsta adultă] ca o continuare directă a [precedentei] boli infantile“ (ibid., p. 364).

Mai mult decât atât, s-a dovedit în mod repetat existenţa unei corespondenţe strânse între simptomatologia manifestă a nevrozei infantile şi a celei adulte. În *isterie*, elementele comune sunt angoasa liber flotantă şi accesele de angoasă, conversia în simptome fizice, vomismentele şi refuzul mâncării, zoofobiile, agorafobia. În schimb, claustrofobia este rară la copii, în favoarea fobiilor situaţionale, cum ar fi cele de şcoală, de dentist, etc. care joacă un rol proeminent. În ceea ce priveşte nevroza *obsesională*, atât copiii, cât şi adulţii prezintă ambivalenţa sentimentelor în mod dureros accentuată, ceremonialurile de culcare, alte ritualuri, compulsii legate de spălare, acţiuni, întrebări şi formule repetitive; cuvinte şi gesturi magice sau evitarea magică a anumitor mişcări şi cuvinte; compulsia la a număra şi lista, la a atinge sau evita atingerea etc. În raport cu *inhibiţiile*, inhibarea jocului şi a învăţăturii la copii corespunde unor restricţii similare ale activităţii de mai târziu. Inhibarea exhibiţionismului, a curiozităţii, a agresiunii, a competiţiei, produce acelaşi efect invalidant asupra personalităţii individului, indiferent dacă survine mai devreme sau mai târziu în viaţă. În cazul *caracterelor* nevrotice, va fi mică diferenţă între caracterul isteric, obsesional sau impulsiv ce înmugureşte în copilărie, şi echivalentul său matur.

Mai importantă decât aceste corespondenţe la nivel manifest, este identitatea din punct de vedere dinamic, ce poate fi demonstrată, între nevroza adultă şi cea infantilă. Formula etiologică clasică pentru ambele arată astfel: progres iniţial în dezvoltare până la un nivel relativ înalt al dezvoltării pulsionale şi a Eului (adică pentru copil, nivelul falic-oedipian, iar pentru adult, nivelul genital); o creştere intolerabilă a angoasei sau frustrării asupra acestei poziţii (la copil, a angoasei de castrare din complexul oedipian); regresia de la poziţia pulsională adecvată vârstei la punctele de fixaţie pregenitale; emergenţa impulsurilor, dorinţelor şi fantasmelor sexual-agresive pregenitale infantile; angoasa şi vina faţă de acestea, mobilizând reacţii de apărare din partea Eului, sub influenţa Supraeului; activitate defensivă conducând la formaţiuni de compromis; tulburări de caracter sau simpome nevrotice rezultante, ale căror detalii

sunt determinate de nivelul punctelor de fixaţie până la care a avut loc regresia, de conţinutul impulsurilor şi fantasmelor respinse şi de alegerea mecanismelor de apărare specifice care sunt folosite.

În anii de început ai practicii psihanalitice, când numai un mic număr de copii preselectaţi ajungeau la analist, era de aşteptat ca majoritatea micilor pacienţi să facă parte din categoria nevrozelor infantile şi – cu Micul Hans şi Omul cu Lupi ca prototip – să poată fi subscrişi formulei etiologice prezentate mai sus. Aceste noţiuni s-au schimbat însă odată cu pasul făcut de la practica privată la deschiderea de centre de consultaţie şi clinici pentru copii, unde a apărut şi a reclamat atenţia psihanaliştilor, o întreagă masă de material cazuistic nesortat.

În acel moment a apărut pentru prima dată o descoperire dezamăgitoare ce se referea la o discrepanţă între nevroticii copii şi cei adulţi. În vreme ce la adulţi simptomul nevrotic individual face parte dintr-o structură de personalitate ce comportă o geneză, acesta nu este cazul în ceea ce priveşte copiii. La copii, simptomele pot apărea frecvent izolate, sau cuplate cu alte simptome şi trăsături de personalitate de o natură şi de o origine diferită. Până şi atât de precis definitele simptome obsesionale, cum sunt ceremonialurile de culcare sau compulsiile la a număra, pot fi găsite la copii cu personalităţi de altfel necontrolate, neastâmpărate, impulsive, într-un cuvânt isterice; sau conversii isterice, tendinţe fobice, simptome psihosomatice se regăsesc în structuri caracteriale obsesionale. Acte delicvente solitare sunt comise de copii care sunt bine adaptaţi şi conştiincioşi în alte privinţe. Copii care sunt incontrolabili acasă se supun autorităţii la şcoală, şi viceversa.

O altă dezamăgire a fost înţelegerea faptului că, în pofida tuturor legăturilor între nevroza infantilă şi cea adultă, nu există nici o certitudine că o anumită formă de nevroză infantilă se va dovedi a fi premergătoare aceluiaşi tip de nevroză la adult. În mod contrar, există multe dovezi clinice care indică în direcţia opusă. Un exemplu ar fi starea de necontrolat a unui băieţel de patru ani, care o echivalează în multe moduri pe acea a unui delicvent juvenil sau adult în ceea ce priveşte faptul că ambii îşi dau frâu liber impulsurilor lor, în special a celor agresive, şi ambii atacă, distrug şi îşi însuşesc ceea ce doresc fără să le pese de sentimentele celorlalţi oameni. Cu toate aceste similarităţi, acest comportament delicvent timpuriu nu este neapărat necesar să se transforme mai târziu într-o stare cu adevărat de delicvenţă; copilul în discuţie poate evolua mai degrabă într-un caracter obsesional sau

nevroză obsesională decât într-un delicvent sau infractor. Mulţi dintre copiii care încep cu o fobie sau cu isterie de angoasă, ajung mai târziu adevăraţi obsesionali. Mulţi cu simptome cu adevărat obsesionale, cum ar fi compulsiile la spălat, atingere ritualică, aranjare a detaliilor etc., care se aseamănă cu obsesionali adulţi în toate privinţele, mai puţin faptul că sunt tineri, sunt predestinate să dezvolte în viaţa de mai târziu nu nevroze obsesionale, ci stări schizoide şi schizofrenice.

O serie de ipoteze par să explice aceste inconsecvenţe. În mod evident, chiar şi acolo unde componentele pulsionale dominante rămân aceleaşi, aşa cum se întâmplă cu sadismul anal al delicventului şi al nevroticului obsesional, alegerea între cele două soluţii patologice opuse, depinde de interacţiunea lor cu atitudinile Eului, iar acestea se modifică pe parcursul maturizării şi dezvoltării. Dorinţele de moarte, agresivitatea, necinstea, care sunt acceptabile pentru individ la un nivel de dezvoltare a Eului şi Supraeului sunt condamnate, şi există o apărare îndreptată împotriva lor, la următorul nivel; de aici, schimbarea de la delicvenţă la trăsături compulsive. Sau, o dată cu maturizarea Eului, apărările împotriva angoasei care se folosesc de sistemul motor, aşa cum este conversia fizică şi retragerea fobică, se schimbă în mecanisme de apărare în interiorul proceselor de gândire, aşa cum sunt număratul, formulele magice, anularea, izolarea; aceasta explică pasul de la simptomatologia isterică la cea obsesională. Amestecurile de simptome isterice şi obsesionale pot avea explicaţii simple: copiii care suferă de o tulburare isterică permanentă dobândesc în plus o serie de simptome compulsive tranzitorii în momentul trecerii prin stadiul sadic-anal, pentru care sunt potrivite cele din urmă; la alţii, la care este în formare nevroza obsesională, persistă încă angoasa liber flotantă, fobiile şi simptomele isterice ca reziduuri ale nivelului de dezvoltare care tocmai s-a încheiat. La obsesionalii tineri, conflictele ambivalente şi compulsiile trebuie înţelese, probabil, ca semne timpurii prevestitoare ale disocierilor şi dizarmoniilor din interiorul stucturii, suficient de severe pentru a conduce mai târziu la o dezintegrare psihotică totală a personalităţii.

Există o descoperire ulterioară pe care o poate face fiecare analist în serviciul diagnostic al unei clinici de copii, şi anume, că domeniul tulburărilor psihice în copilărie este mult mai extins decât se poate aştepta din experienţa cu psihopatologia adultă. În cadrul materialului există, desigur, un nucleu al tuturor formelor tipice de compulsie, al ritualurilor, ceremonialurilor, acceselor de angoasă, fobiilor, tulburări psihosomatice, celor cauzate în mod traumatic, inhibiţiilor şi deformă-

rilor de caracter care se aşează sub titulatura de nevroze infantile; sau retragerile severe din lumea obiectală şi înstrăinările de realitate care se aşează sub titulatura de psihoze infantile. Dar majoritatea acestora nu sunt în nici un fel. Pe lângă ele, există tulburările (nonorganice) ale nevoilor fizice vitale, adică tulburările alimentare şi de somn ale copilului mic; întârzierile excesive (nonorganice) în achiziţionarea capacităţilor vitale, aşa cum sunt controlul motilităţii, vorbitul, curăţatul, învăţatul; tulburările primare ale narcisismului[1] şi ale relaţiilor obiectale; stările cauzate de tendinţe necontrolate distructive şi auto-distructive, sau de derivate necontrolate ale sexualităţii şi agresivităţii; personalităţile retardate sau infantile. Unii dintre aceşti copii nu ating niciodată faza falic-oedipiană, care este adevăratul punct de debut al nevrozelor infantile. Unii posedă organizări defensive subdezvoltate, primitive şi defectuoase, având ca rezultat faptul că simptomele lor corespund irupţiilor din Sine, mai degrabă decât formaţiunilor de compromis între Sine şi Eu. La unii, formarea Supraeului este atât de incompletă, încât judecata morală, vinovăţia şi conflictul intern nu mai au rolurile lor de forţe interioare de control.

Până în acest moment, nu există decât formulări descriptive şi insuficient detaliate dinamic care să explice varietatea tablourilor clinice cu care este aglomerat domeniul. Poate unele dintre tulburările care survin în primii ani de viaţă reprezintă stadii premergătoare ale dezvoltării nevrotice care urmează să se preschimbe în nevroze propriu-zise o dată cu creşterea adecvată vârstei a Eului şi a Supraeului şi o dată cu avansările în structurare. Altele pot reprezenta nevroze eşuate, adică încercări nereuşite, incomplete, pe termen scurt, ale instanţelor Eului de a ajunge la o înţelegere cu şi de a modifica pulsiunile.

TULBURĂRILE DEZVOLTĂRII

După cum s-a menţionat mai sus, tulburările psihice sunt mult mai frecvente ca număr şi mult mai variate ca tip la copii, faţă de cum sunt la adulţi. Incidenţa lor este crescută, pe de o parte, de circumstanţele

[1] Vezi J. J. Sandler, „Tulburări ale narcisismului" (o serie de lucrări ce urmează a fi publicate).

cauzate de dependenţa copilului şi, pe de altă parte, de dificultăţile şi constrângerile dezvoltării în sine.

Presiuni externe

Datorită incapacităţii lor de a-şi purta singuri de grijă, bebeluşii şi copiii trebuie să se descurce cu orice fel de îngrijire care le este acordată. Acolo unde gestionarea copilului nu este extrem de sensibilă, aceasta cauzează o serie de tulburări, dintre care cele mai timpurii sunt centrate de obicei în jurul somului, hrănirii, eliminărilor şi dorinţei de companie.

În toate cele patru zone, înclinaţiile naturale ale copilului nu sunt în armonie cu multe dintre obiceiurile culturale şi sociale actuale. Copilul are propriul său ritm de *somn*, dar acesta rar coincide cu momentul zilei sau al nopţii sau cu durata de timp în care mama sa doreşte ca el să doarmă pentru a se potrivi cu propriul ei program. Pentru a face tranziţia de la starea de veghe la cea de somn, el are propriile sale metode bazate pe activităţi autoerotice cum ar fi sugerea degetului, masturbarea sau alintarea obiectelor tranziţionale (Winnicott, 1953), dar el le poate folosi liber doar cu indulgenţa mamei, care adeseori intervine. A stabili un contact tactil strâns şi cald cu corpul unei alte persoane în timpul adormirii reprezintă o nevoie primitivă a copilului, dar acest fapt este împotriva tuturor regulilor de igienă care reclamă faptul ca toţi copiii să doarmă singuri şi nu să împartă patul cu părinţii. Ce fel de *mâncare* doresc să mănânce copiii, la ce moment şi în ce cantitate este rareori lăsat la alegerea lor (cu excepţia hrănirii bebeluşului la cerere), având ca rezultat faptul că stării lor de foame i se impun perioade dureroase de aşteptare, sau mâncarea le este impusă atunci când nu o doresc. Cu excepţia modurilor celor mai moderne de creştere a copilului, *educaţia toaletei* este introdusă prea timpuriu, şi anume într-un moment în care nici controlul muscular primitiv al copilului, nici personalitatea sa, ce avansează spre gestionarea funcţiilor corpului, nu sunt încă pregătite. Nevoia biologică a bebeluşului de prezenţa constantă, plină de grijă a adultului, este depreciată în cultura noastră occidentală, iar copiii sunt expuşi la ore întregi de solitudine datorită concepţiei greşite conform căreia este sănătos pentru cei mici să doarmă, să se odihnească şi, mai târziu, să se joace singuri. O asemenea neglijare a nevoilor naturale creează primele întreruperi în funcţionarea armonioasă a proceselor de satisfacere a pulsiunii şi nevoii. Drept

rezultat, mamele caută ajutor pentru bebeluşii care prezintă dificultăţi la adormire sau nu dorm în timpul nopţii, în pofida faptului că sunt obosiţi; care nu mănâncă îndeajuns sau refuză mâncăruri potrivite, în pofida nevoii evidente de alimentaţie a organismelor lor; sau care plâng excesiv şi nu pot accepta consolarea oferită de mamele lor. În măsura în care tulburările de acest ordin se datorează îngrijirilor oferite de mediu, ele pot fi eliminate dacă sunt folosite de la început moduri diferite de îngrijire a copilului. O dată ce sunt produse, consecinţele lor nu pot fi îndepărtate cu totul, nici chiar dacă sunt efectuate schimbări benefice în aspectele gestionării. Frustrările şi neplăcerile trăite de copil în legătură cu o nevoie particulară sau o pulsiune parţială, rămân asociate cu acestea în mintea copilului. Acest fapt slăbeşte forţa eficace şi presiunea pozitivă a pulsiunii, o face vulnerabilă şi, în consecinţă, pregăteşte drumul pentru tulburarea nevrotică ulterioară în zona afectată (vezi de asemenea A. Freud, 1946).

O tratare necorespunzătoare a nevoilor timpurii ale bebeluşului are unele repercusiuni ulterioare asupra dezvoltării patologice. În evoluţia sa spre independenţă şi autonomie, copilul acceptă atitudinea iniţială de gratificare sau frustrare a mamei ca pe un model pe care el îl imită şi îl recreează în propriul său Eu. Există şanse ca Eul său să prezinte o egală toleranţă, dacă, în măsura posibilului, ea îi înţelege, respectă şi satisface dorinţele. Acolo unde ea întârzie, neagă, depreciază satisfacerea dorinţei, Eul său va fi predispus să dezvolte mai mult din aşa numita „ostilitate faţă de Sine" , adică o disponibilitate pentru conflict intern, care reprezintă condiţia esenţială a dezvoltării nevrotice.

Presiuni interne

În contrast cu constrângerile externe, dintre care o mare parte sunt posibil de evitat, constrângerile interne sunt inevitabile. Ele sunt mai virulente în situaţiile în care o daună anterioară (cauzată de factori externi) a subminat integritatea organică a pulsiunilor şi sunt mai slabe acolo unde activitatea pulsională a rămas sănătoasă. Dar, în esenţă, sunt la fel de inevitabili ca şi maturizarea şi dezvoltarea înseşi. În opoziţie cu formaţiunile patologice ale vieţii adulte, ele sunt tranzitorii, în pofida intensităţii lor, şi sunt depăşite o dată cu trecerea fazei de dezvoltare în cursul căreia au luat naştere.

TULBURĂRI ALE SOMNULUI

Dificultăţi ale somnului sau ale uşurinţei de a adormi apar aproape fără excepţie în al doilea an, oricât de cu grijă şi cu succes au fost tratate obiceiurile şi aranjamentele de somn din primul an de viaţă al bebeluşului. Un copil de un an, fără nici o nevoie corporală, durere sau disconfort, se poate cufunda în somn oricând este obosit, uneori în mijlocul jocului sau ţinând încă în mână o lingură de la masă. Dar, câteva luni mai târziu doar, acelaşi copil va protesta când va fi pus în pat, în pofida oboselii şi se va agita şi răsuci, sau va cere companie pentru un timp nelimitat. Impresia pe care o dă este aceea că „luptă împotriva somnului", uneori cu atât mai mult cu cât epuizarea sa este mai mare. Ceea ce s-a petrecut între timp, este faptul că a adormi nu mai este o chestiune pur fizică, cum era răspunsul aproape automat la o nevoie corporală într-un individ nediferenţiat, în care Eul şi Sinele, Selful şi lumea obiectală nu sunt încă distincte. O dată cu întărirea legăturilor obiectale ale copilului şi o dată cu implicarea sa în evenimentele lumii externe, retragerea libidoului şi a intereselor Eului către Self devin o condiţie esenţială pentru somn. Aceasta nu este întotdeauna cu uşurinţă îndeplinită, iar angoasa suscitată de proces îl face pe copilul care tocmai a făcut primii paşi, să se agaţe cu şi mai multă tenacitate de starea de veghe. Manifestări simptomatice ale acestui stadiu sunt chemările fără sfârşit ale copilului din pat, solicitările prezenţei mamei, ale unei uşi deschise, ale unui pahar cu apă etc. Acestea dispar din nou spontan, când relaţiile obiectale ale copilului devin mai sigure şi mai puţin ambivalente, şi când Eul său ajunge suficient de stabilizat pentru a permite regresia la starea narcisică nediferenţiată, necesară pentru somn.

Aşa cum am mai menţionat înainte, metodele spontane ale copilului de a facilita tranziţia de la veghe la somn reprezintă activităţi auto-erotice, cum ar fi legănatul, suptul degetului, masturbarea şi folosirea obiectelor tranziţionale, cum ar fi jucării pe care le poate alinta, materiale moi etc. Renunţarea la acestea din urmă sau, mai târziu, combaterea masturbării, cauzează în mod frecvent, un nou val de dificultăţi la adormire. Dacă aceasta se întâmplă în stadiul de latenţă, noile metode folosite de copil pentru a combate tulburarea sunt în mod obişnuit unele obsesionale, cum ar fi număratul, cititul compulsiv, gândurile compulsive etc.

Deşi dificultăţile de adormire ale copilului seamănă în aspectul mani-

fest cu tulburările de somn ale adulţilor depresivi sau melancolici, imaginea metapsihologică subiacentă este diferită şi, în consecinţă, prima situaţie nu trebuie considerată ca un precursor al celei din urmă. Ceea ce au în comun cele două nu este decât vulnerabilitatea zonei somnului.

TULBURĂRI ALE ALIMENTAŢIEI

Se cunosc multe despre tulburările şi capriciile alimentare ale copilului care au o istorie lungă şi sunt variate ca tip.[1] Diversele tulburări de alimentare aparţin în mod legitim diferitelor stadii ale liniei de dezvoltare spre hrănirea independentă, aşa cum acestea se succed unul după celălalt şi sunt depăşite pe rând.

Cronologic, succesiunea lor parcurge următorul curs aproximativ. Primele tulburări sunt legate de stabilirea hrănirii la sân şi au o cauzalitate mixtă: în privinţa mamei, există obstacole corporale referitoare la cantitatea de lapte şi forma sfârcurilor; unele psihologice privitoare la răspunsul ei ambivalent sau anxios faţă de hrănirea la sân. Copilul poate prezenta dificultăţi organice, cum ar fi un răspuns întârziat la supt sau o nevoie scăzută de alimentare; sau unele psihologice, în forma unei reacţii automate negative la angoasa sau ezitarea mamei. Următoarele pe acelaşi parcurs sunt refuzurile alimentare frecvente din perioada înţărcatului de la sân sau de la biberon, deşi acestea pot fi preîntâmpinate printr-un înţărcat prudent şi foarte gradat. Acolo unde ele sunt excesive, îşi lasă în mod obişnuit amprenta sub forma furiei faţă de mâncare, neplăcerii faţă de gusturi şi consistenţe noi, lipsei spiritului de aventură în alimentare, lipsei de plăcere în sfera orală. Uneori determină un rezultat opus, şi anume lăcomia excesivă şi frica de a-i fi foame.

Disputele din cauza meselor preparate de mamă exprimă relaţia ambivalentă a copilului faţă de ea. O ilustrare clinică excelentă a acestui fapt este un băieţel care, atunci când era supărat pe mama lui, nu numai că scuipa afară tot ceea ce ea îi introdusese în gură, dar îşi ştergea şi limba de orice mic rest de mâncare care rămăsese lipit. Literalmente, „nu vroia să ia nimic de la ea". Disputele asupra cantităţii de mâncare

[1] Vezi capitolul 3. „Linia de dezvoltare de la supt la alimentaţia raţională"; şi A. Freud, 1946.

alternează cu disputele asupra tipului de mâncare preferat sau respins, adică, capricii alimentare, şi acelea despre modalităţile de a mânca, adică manierele la masă. Mult mai în natura simptomului sunt evitarea plină de dezgust a anumitor forme, mirosuri, culori şi consistenţe ale mâncării, o evitare care este derivată din apărarea împotriva tendinţelor anale; sau vegetarianismul care (dacă nu este produs şi menţinut de influenţele mediului) rezultă din apărarea împotriva fantasmelor regresive canibale şi sadice; sau refuzul mâncărurilor care îngraşă, uneori a mâncării în întregime, în serviciul îndepărtării fantasmelor de însămânţare orală sau de graviditate.

În timp ce aceste forme variate de comportament simptomatic sunt manifestări ale dezvoltării, fiecare în dreptul său, nu există motive ca părinţii să se teamă, aşa cum li se întâmplă frecvent, că formele mai uşoare cum ar fi capriciile alimentare sunt stadii premergătoare ale unora mai severe, aşa cum este refuzul alimentar prelungit şi că unul se va transforma în celălat în absenţa tratamentului. Ele sunt prin definiţie tranzitorii şi accesibile vindecării spontane. Totuşi, o perturbare excesivă în procesul alimentării la un stadiu timpuriu va lăsa reziduuri care vor spori şi vor complica tulburările din stadiile de mai târziu. În general, tulburările alimentare ale copilăriei lasă zona alimentării vulnerabilă şi aceasta pregăteşte terenul pentru afecţiunile nevrotice ale stomacului şi ale apetitului în viaţa adultă.

FRICILE ARHAICE

Înainte de a dezvolta angoasele care sunt în legătură cu creşterea structurării personalităţii[1] lor, copiii trec printr-o fază mai timpurie de angoasă care este supărătoare nu doar pentru ei, ci şi pentru cei care îl îngrijesc, datorită intensităţii sale. Aceste angoase sunt adeseori numite „arhaice" de vreme ce originea lor nu poate fi găsită în nici una dintre experienţele înfricoşătoare anterioare, ci par a fi incluse în dispoziţia înnăscută. Descriptiv, acestea sunt frica de întuneric, de singurătate, de străini, de vederi şi situaţii noi şi neobişnuite, de tunet, uneori de vânt etc. Metapsihologic, ele nu sunt fobii atâta timp cât, în mod contrar

[1] Vezi capitolul 4, pp. 131-133.

fobiilor de la faza falică, nu sunt bazate pe regresie, sau conflict, sau deplasare. Ele par să exprime, mai degrabă, slăbiciunea Eului imatur şi dezorientarea sa panicată, atunci când este pus în faţa unor impresii necunoscute pe care nu le poate stăpâni şi asimila.

Fricile arhaice dispar proporţional cu creşterea în dezvoltare a diverselor funcţii ale Eului cum ar fi memoria, testarea realităţii, funcţionarea procesului secundar, inteligenţa, logica etc., şi în mod special cu descreşterea proiecţiei şi gândirii magice.

TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT ALE COPILULUI CARE ÎNCEPE SĂ MEARGĂ

Tulburările de comportament ale copilului care începe să meargă provoacă multă îngrijorare, în special atunci când iau proporţii care sunt de negestionat pentru mamă. Manifestările sunt legate de importanţa sadismului anal şi exprimă tendinţele acestuia, parţial în mod direct prin distructivitate, murdărie şi agitaţie motorie, şi parţial în mod reactiv prin agăţare, incapacitate de separare, scâncete, nefericire, stări afective haotice (incluzând crizele de nervi).

Cu toată severitatea şi aparenţa sa patologică, sindromul în ansamblul său are viaţă scurtă. Acesta rămâne în vigoare atâta vreme cât nu există decât descărcări motorii pentru afectele şi derivatele pulsionale ale copilului, şi dispare sau descreşte în intensitate, imediat ce au fost deschise căi noi de descărcare, în special prin achiziţia vorbirii (Anny Katan, 1961).

O FAZĂ OBSESIONALĂ TRANZITORIE

Ordinea şi curăţenia excesivă, comportamentul ritualic şi ceremonialurile de culcare, pe care suntem obişnuiţi să le asociem în mintea noastră cu nevroza obsesională şi cu caracterul obsesional, apar la majoritatea copiilor în jurul sau după momentul de vârf al fazei anale. Ele corespund, pe de o parte, apărărilor stabilite ca un rezultat al educaţiei toaletei şi, pe de alta, din aspectele de dezvoltare specifice ale Eului care, în mod obişnuit, deşi nu invariabil, coincid cu problemele analităţii (H. Hartman, 1950a). Faptul că în timpul acestei perioade copilul se comportă ca şi obsesional crează o aparenţă înşelătoare de patologie. În decursul obişnuit al evenimentelor, manifestările compulsive dispar fără urmă imediat ce pulsiunile şi poziţiile Eului relevante pentru aceasta au fost depăşite.

Pe de altă parte, manifestările obsesionale normale, tranzitorii, reprezintă o ameninţarea a unei patologii permanente, dacă, pentru un anumit motiv, investirea libidinală în faza sadic-anală a fost excesivă, astfel încât cantităţi mari de libido să rămână fixate la aceasta. În aceste cazuri, copilul va reveni la sadismul anal, de obicei după câteva experienţe înfricoşătoare la nivel falic. Numai asemenea regresii, cu apărări împotriva lor şi formaţiuni de compromis rezultante, formează baza patologiei obsesionale adevărate şi de durată.

TULBURĂRI ALE FAZEI FALICE, PREADOLESCENŢĂ ŞI ADOLESCENŢĂ

Modalitatea în care progresul pulsiunii şi a Eului, fie vindecă, fie cauzează tulburările de comportament, este prezentată cel mai convingător în aceste puncte de tranziţie între faze, unde nu doar calitatea, ci şi cantitatea activităţii pulsionale suferă o schimbare. Un exemplu este angoasa extremă de castrare, angoasele şi dorinţele de moarte, împreună cu apărările împotriva lor, care domină scena de la înălţimea fazei falic-oedipiene şi care creează binecunoscutele inhibiţii, supracompensările masculine, mişcările pasive şi regresive ale acestei perioade. Acest ansamblu de simptome dispare ca prin minune, imediat ce copilul face primii paşi în perioada de latenţă, aceasta venind ca o reacţie imediată la diminuarea biologic determinată a activităţii pulsionale. Comparativ cu copilul în stadiul oedipian, copilul în stadiul de latenţă pare mult mai puţin asaltat de probleme.

Contrariul se întâmplă în punctul de tranziţie de la perioada de latenţă la cea de preadolescenţă. În acest moment, schimbările în calitatea, la fel de bine ca şi în cantitatea pulsiunilor, şi creşterea anumitor tendinţe pregenitale primitive (în special orale şi anale) cauzează o pierdere severă a adaptării sociale, a sublimării şi, în general, a câştigurilor personalităţii care fuseseră obţinute în timpul perioadei

de latenţă. Impresia de sănătate şi raţionalitate dispare din nou, şi preadolescentul pare să fie mai puţin matur, mai puţin normal şi uneori apare ca având predispoziţii spre delicvenţă.

Acest tablou se schimbă încă o dată la intrarea în adolescenţa propriu-zisă. Tendinţele genitale emergente acţionează ca o vindecare tranzitorie pentru orice dispoziţie pasiv-feminină achiziţionată în timpul complexului oedipian negativ şi care a rezistat trecerii prin stadiile de latenţă şi preadolescenţă. Ele vor face acelaşi lucru cu pregenitalitatea difuză a adolescenţei pregenitale. În afară de aceasta, aşa cum a fost amplu descrisă de mulţi autori (Eissler, 1958; Geleerd, 1958), adolescenţa produce propria ei simptomatologie, care, în cazurile cele mai severe, este de ordin cvasi-dissocial, cvasi-psihotic, de limită. Această patologie dispare de asemenea când adolescenţa este depăşită.[1]

DISSOCIALITATE, DELICVENŢĂ, INFRACŢIONALITATE DREPT CATEGORII DIAGNOSTICE LA COPIL

Factorul vârstă în dezvoltarea socială. Punctul de vedere legal şi cel psihologic

Pe lângă categoriile diagnostice discutate în secţiunile precedente, există altele care fie nu pot fi aplicate la copii fără modificări, fie în care sunt

[1] Într-o lucrare despre „Nevrozele infantile" (urmează să fie publicată), dr. H. Nagera face sugestia utilă că tulburările de dezvoltare ar trebui să fie subdivizate după cum urmează:

(a) *tulburări sau interferenţe ale dezvoltării* definite ca situaţiile în care cererile externe făcute unui copil nu sunt nici rezonabile, nici adecvate vârstei, şi cărora Eul copilului nu le poate face faţă, sau nu le poate face faţă fără supărare şi suferinţă;

(b) *conflicte ale dezvoltării* definite ca fiind trăite de fiecare copil într-un grad mai mare sau mai mic, fie când sunt făcute anumite cereri specifice din partea mediului, la fazele potrivite ale dezvoltării, fie când nivelele de dezvoltare şi de maturizare sunt atinse, ceea ce creează conflicte specifice;

(c) *conflicte nevrotice* definite ca apărând între activitatea pulsională şi cererile internalizate, adică precursorii Supraeului;

(d) *nevrozele infantile*.

trecute cu vederea anumite perioade ale copilăriei. Astfel de exemple sunt inadaptarea socială, delicvenţa şi infracţionalitatea.

Incertitudinile asupra aplicării lor sunt în mod clar reflectate de latura legală din dezbaterile în curs de desfăşurare despre vârsta limită sub care un copil adus înaintea Curţii să poată fi considerat ca „lipsit de control", „în nevoie de îngrijire şi protecţie"[1]; până la ce vârstă ar trebui să existe măcar „prezumţia lipsei de responsabilitate penală", care trebuie să fie cu atât mai puternic impusă ca probă cu cât copilul este mai aproape de vârsta de opt ani[2]; cât timp poate tânărul adus în faţa Curţii să profite de „beneficiul vârstei", atunci când intenţia a fost dovedită.[3] Tendinţa în recomandări în Anglia şi în alte locuri este spre creşterea acestor vârste şi mai ales a vârstei de deplină responsabilitate în faţa legii.[4]

Ca şi în lege, şi în uzajul educaţional şi psihanalitic, există o incertitudine în privinţa vârstelor la care desemnările de antisocial, delicvent, infractor sunt adecvate. Pe drept, nu ar trebui să le aplicăm conflictelor celor mai timpurii ale copiilor cu mediul lor, chiar dacă aceste supărări constau într-un comportament indisciplinat şi disruptiv şi sunt extem de deranjanţi pentru familie, adică pentru prima comunitate socială de care aparţine copilul.

Presupusa lipsă de intenţie criminală îşi are coresponent în psihanaliză în ideea conform căreia un copil nu poate fi apreciat ca purtându-se nici într-o manieră „socială", nici „antisocială" înainte ca acesta măcar să fi dobândit capacitatea de a percepe şi înţelege cadrul

[1] În Anglia, în prezent, până la vârsta de opt ani, până la care este considerat incapabil de intenţie criminală şi în imposibilitatea de a comite un delict, în sensul tehnic.

[2] În Anglia, în prezent, până la paisprezece ani.

[3] În Anglia, în prezent, de la paisprezece la şaptesprezece ani.

[4] În Anglia se recomandă în prezent ridicarea pragului de vârstă pentru posibilitatea intenţiei criminale la doisprezece, şi mai târziu la paisprezece ani. În Statele Unite această vârstă a fost deja ridicată de la şapte la şaisprezece, optsprezece şi chiar la douăzeci şi unu în anumite State. Pe continentul european, paisprezece ani pare să fie vârsta medie. Internaţional, criminaliştii au fost de acord că este „preferabil ca vârsta pentru aplicarea deplină a legii penale în ţările europene să nu fie fixată sub optsprezece ani."

Pentru aceste informaţii ca şi pentru altele, vezi T. E . James (1962, pp. 124, 125, 129, 158-160). Pentru vârstele corespondente în Statele Unite vezi Neil Peck (1962).

social căruia îi aparţine şi să se poată identifica cu regulile ce îl guvernează. În acord cu legea, credem că achiziţia acestor capacităţi este o funcţie a unei vârste în creştere şi a maturităţii, deşi ne aşteptăm să le vedem că se dezvoltă mai timpuriu şi nu mai târziu de vârsta minimă stipulată prin lege. De asemenea, în acord cu procedura legală, oferim individului în dezvoltare „beneficiul vârstei" în evaluarea adaptării sociale, în măsura în care o privim pe aceasta din urmă ca pe un proces gradat, legat de dezvoltarea pulsiunilor, a Eului şi Supraeului şi cu totul dependentă de cursul lor.

Dar, în pofida tuturor acestor convingeri teoretice, şi în completă opoziţie cu uzajul legal, când se ajunge la practica educaţională şi clinică, nu ne putem împiedica să gândim sau să vorbim chiar şi despre copii sub cinci ani că se comportă antisocial, dissocial etc., sau că prezintă „dissocialitate latentă" (Ainchorn, 1925). În mod evident, această practică se bazează pe ipotezele noastre că ar exista anumite nivele intermediare de adaptare socială pe care copilul ar trebui să le atingă la anumite vârste şi că noi avem dreptul să ne îngrijorăm dacă în comportament nu este dată nici o dovadă manifestă a acestor progrese la momentele corespunzătoare, adică dacă cronologia aşteptată a dezvoltării sociale gradate este întreruptă.

Conform concepţiilor noastre psihanalitice, reuşita finală în dezvoltarea socială este rezultatul unor numeroase şi variate progrese în dezvoltare. Este util să le enumerăm şi să le examinăm în detaliu, deoarece definim în acest fel condiţiile esenţiale pentru prognosticul unei tulburări viitoare masive, la un moment în care sunt prezente doar semnele cele mai fine de dizarmonie, inegalitate a creşterii sau răspuns neadecvat la mediu. Aceasta încercare discreditează în mod efectiv şi concepţia despre dissocialitate ca o entitate nosologică care este bazată pe o cauză specifică, fie că aceasta este gândită ca fiind internă (cum ar fi „deficienţa psihică" sau „nebunia morală"), fie externă (cum ar fi familii despărţite, neînţelegeri ale părinţilor, neglijenţă parentală, separări etc.). Abandonând gândirea în termeni de *cauze* specifice ale dissocialităţii, devenim capabili de a gândi din ce în ce mai mult în termeni de *transformări* reuşite sau nereuşite ale tendinţelor şi atitudinilor de indulgenţă faţă de propria persoană şi asociale, care fac parte în mod normal din natura originală a copilului. Aceasta ajută la construirea liniilor de dezvoltare care duc la rezultate patologice, deşi acestea sunt mai complexe, mai puţin bine definite şi conţin o varietate

mult mai largă de posibilităţi decât liniile dezvoltării normale pe care am încercat să le stabilim în capitolul precedent.

Nou-născutul, ca o lege pentru el însuşi

Când nou-născutul îşi începe existenţa, nu este scutit de lege, dar reacţiile sale sunt guvernate de un principiu intern suprem, în funcţie de care el întâmpină experienţele plăcute, respinge neplăcerea şi luptă să reducă tensiunea. Este semnificativ pentru dezvoltarea sa ulterioară că el nu poate funcţiona în cadrul acestui principiu al plăcerii, de unul singur, decât în măsura în care nevoile de gratificare şi cererile instinctuale pot fi acoperite de propriul său corp, adică în zona limitată a satisfacţiei autoerotice. În măsura în care acestea sunt vizate (adică legănatul, suptul degetului, diferite forme de masturbare), el este şi poate rămâne „propria sa lege"[1].

Mama care are grijă, ca prim legiuitor

De vreme ce în toate celelate privinţe copilul este incapabil să-şi satisfacă necesităţile prin propriile sale mijloace, principiul plăcerii, în pofida faptului că este o lege internă, găzduită în copil, trebuie să fie implementat din afară, de mama care are grijă şi care furnizează sau retrage satisfacţia. Pe baza acestei activităţi, ea devine nu doar primul obiect al copilului (anaclitic, de satisfacere a nevoii), dar şi primul său legiuitor extern. Primele legi externe cu care ea îl confruntă pe copil sunt *orarul* şi *dozarea* satisfacţiilor sale. În această privinţă, modalităţile de îngrijire a copilului variază larg prin gradul în care fie este acordată atenţie legilor înnăscute, fie este exercitată o constrângere asupra lor. Exemple externe ale ultimei situaţii sunt regimurile în care neplăcerea este ignorată şi plăcerea ţinută la minimum, în interesul educării şi condiţionării nevoilor (cum este metoda Truby King); exemple ale primei situaţii sunt regimurile bazate pe scopul explicit de urmărire a principiului plăcerii, adică de reducere a neplăcerii şi frustrării şi de creştere a experienţelor plăcute, până la atingerea limitei posibilităţilor mamei (aşa cum este hrănitul la cerere).

Nou-născuţii au o şansă foarte mică, sau nici una, de a accepta sau

[1] Dacă nu se intervine neinspirat din partea mediului sau, după structurare, din cauza vinovăţiei.

refuza gestionarea ce a fost acordată nevoilor lor. Legislaţia mediului domneşte, având în vedere că ei nu îşi pot întreţine singuri existenţa. Totuşi, primele înfruntări între bebeluş şi mediu sunt purtate pe acest câmp de bătălie al îngrijirii corporale şi ambii parteneri îşi formează primele impresii unul despre celălalt. Bebeluşul resimte regimul ca pe o forţă fie prietenoasă, fie ostilă, în funcţie de sensibilitatea sau indiferenţa faţă de principiul plăcerii pe care mama o prezintă în aranjamentele sale. Mama, la rândul său, are o primă ocazie de a-şi aprecia copilul fie ca pe unul supus, înţelegător, „facil", fie ca pe un bebeluş încăpăţânat, voluntar şi „dificil", în funcţie de atitudinea mai bună sau mai rea cu care acesta se supune, obligat fiind, la reguli şi reglementări benefice sau adverse pe care ea le impune satisfacţiei nevoilor lui.

Controlul extern extins asupra pulsiunilor

O dată ce prima copilărie este depăşită, discrepanţele între principiul plăcerii intern şi realitatea externă se extind în mod gradat de pe tărâmul nevoilor corporale primare (de mâncare, căldură, confort fizic) la derivatele pulsionale principale (aşa cum sunt cele sexuale pregenitale, agresiv-distructive, cât şi cele posesiv-egoiste). Este la fel de natural pentru copilul mic să caute gratificarea tuturor acestora într-o manieră imperativă, imediată şi cu o completă indulgenţă faţă de propria persoană, pe cât este de inevitabil pentru mediul adult să impună restricţii ale satisfacţiei în funcţie de dictatele realităţii, care includ evitarea punerii în pericol a copilul, a celorlalţi oameni, a proprietăţii, sau mai târziu, a transgresării decenţelor sociale obişnuite. Ciocnirile între aceste preocupări interne şi externe se manifestă sub forma a numeroase acte de neascultare, indisciplină, răutate, crize de nervi etc, ale tânărului normal.

Internalizarea controlului pulsional extern

Satisfacerea dorinţelor şi pulsiunilor, acceptarea sau respingerea acestora deţinută de autoritatea externă echivalează cu dependenţa morală, care este astfel marca imaturităţii. Aproape întreaga formare a personalităţii şi a caracterului, aşa cum le ştim noi, pot fi de asemenea văzute în termenii remedierii acestei situaţii umilitoare şi a achiziţionării de persoana matură a dreptului de a-şi judeca propriile acţiuni. A creşte spre o astfel de independenţă morală nu este un proces lipsit de conflicte, desigur, ci dimpotrivă, şi anume rezultatul unei lupte dinamice în care capacităţile şi energiile aflate la dispoziţia individului se dispun de o parte sau de alta. În ceea ce urmează, acestea vor fi descrise sub diverse titulaturi, în funcţie de felul în care ajută sau împiedică procesul de socializare.

PRINCIPIILE FUNCŢIONĂRII PSIHICE ŞI ROLUL LOR ÎN SOCIALIZARE

Principiul plăcerii, în forma sa originală şi în modificările sale mai târzii, şi principiul realităţii sunt ambele legi interne, fiecare dintre ele fiind valid pe perioade, zone şi preocupări specifice ale personalităţii. Principiul plăcerii, aşa cum a fost descris mai sus, este o lege supremă în prima copilărie. După această perioadă, continuă încă să reglementeze întreaga funcţionare care este strâns legată de procesele din Sine, cum este viaţa fantasmatică inconştientă sau, într-un grad mai redus, cea conştientă, visele nocturne şi formarea de simptome în boala nevrotică şi psihotică. Principiul realităţii guvernează toate întreprinderile normale ale Eului în timpul copilăriei mai târzii şi în viaţa adultă. Ambele principii sunt concepte psihologice, cu scopul de a caracteriza diferite moduri de funcţionare psihică. Iniţial, ele nu au fost destinate a implica judecăţi morale sau de valoare socială.

Pe de altă parte, implicaţiile lor în dezvoltarea socială şi morală sunt mult prea evidente pentru a fi neglijate. Funcţionarea conform principiului plăcerii înseamnă acceptarea ca scop suprem a satisfacerii imediate şi nediscriminative a pulsiunii şi a nevoii, fără a se ţine seama de condiţiile externe; este, în consecinţă, sinonimă cu a fi indiferent la normele mediului. Funcţionarea conform principiului realităţii restrânge, modifică şi amână gratificarea în interesul siguranţei, adică lasă spaţiu pentru evitarea consecinţelor adverse care pot apărea din ciocnirile cu mediul. În consecinţă, primul este la fel de ferm legat cu comportamentul asocial, dissocial, „iresponsabil", pe cât este ultimul de esenţial pentru adaptarea socială şi pentru dezvoltarea de atitudini conforme cu legile. Totuşi, ar fi greşit să se presupună că relaţia dintre principiul realităţii şi socializare ar fi una simplă. August Aichhorn (1925) a fost primul care a remarcat că delicvenţii şi infractorii pot atinge un grad

ridicat de adaptare la realitate fără a plasa această capacitate în serviciul adaptării sociale. Este adevărat că comportamentul social nu se poate dezvolta dacă individul nu a progresat de la principiul plăcerii la principiul realităţii, dar afirmaţia nu este biunivocă, în sensul că acest avans în sine ar garanta socializarea.

Avansarea copilului de la principiul plăcerii la principiul realităţii implică o toleranţă crescândă la frustrarea pulsiunilor şi dorinţelor, la amânarea lor în timp, la inhibarea scopurilor lor, la deplasarea lor spre alte scopuri şi obiecte, pentru acceptarea plăcerilor de substitut, toate fiind invariabil însoţite de o reducere cantitativă a satisfacerii dorinţei. De fapt, această toleranţă în creştere la frustrare a copilului este privită de mulţi autori ca un factor decisiv în procesul socializării, iar absenţa sau deficienţa sa sunt un motiv major de comportament dissocial şi delicvent. Această opinie, deşi validă în interiorul unui cadru de referinţă limitat, este o suprasimplificare în cazul în care este aplicată la întregul proces al dezvoltării sociale, în raport cu care trebuie luate în considerare o multitudine de alte elemente de egală importanţă.

DEZVOLTAREA FUNCŢIILOR EULUI CA O CONDIŢIE PRELIMINARĂ A SOCIALIZĂRII

Dacă procesul de socializare a individului depinde într-o mare măsură de avansarea de la principiul plăcerii la principiul realităţii, cel din urmă la rândul său depinde de funcţiile Eului ce trebuie să depăşească în dezvoltare anumite nivele primitive pentru a face posibil acest avans. Senzaţiile şi percepţiile, de exemplu, trebuie să fie colectate şi stocate în aparatul psihic sub forma *urmelor mnezice* înainte ca individul să poate acţiona în funcţie de experienţă şi de previziunea viitorului, adică să poată acţiona într-un fel potrivit condiţiilor realităţii. Senzaţiile ce provin din lumea interioară, trebuie să fie distinse de precepţiile suscitate de stimulii externi, adică *realitatea* trebuie să fie *testată* şi diferenţiată de produsele fantasmei pentru ca satisfacerea halucinatorie a dorinţei să fie abandonată în favoarea acţiunii efective. *Vorbirea* şi, împreună cu aceasta, introducerea *raţiunii* şi *logicii* în procesul gândirii, reprezintă un avans enorm în socializare. Ele implică înţelegerea *cauzei* şi a *efectului* care lipseau până în acel moment şi fără de care regulile

mediului erau mai degrabă confuze pentru copil, apărând ca influenţe exterioare ce impun o supunere mecanică. Acestea introduc de asemenea, încercarea acţiunii în gând, abilitând copilul să insereze raţionamentul între apariţia unei dorinţe instinctuale şi comportamentul ce ţinteşte la îndeplinirea acesteia. Un alt pas important către socializare este făcut în momentul în care *acţiunile musculare* ale copilului trec sub *controlul* Eului raţional, în loc de a servi impulsurilor Sinelui. În final, se observă progrese esenţiale în funcţia integratoare a Eului. Acestea vor sintetiza ceea ce în viaţa bebeluşului este un fascicul de impulsuri şi atitudini haotice şi îl vor transforma într-o unitate structurată cu o personalitate şi un caracter propriu.

Această dezvoltare a funcţiilor Eului dincolo de nivelul procesului primar este la fel de relevantă pentru socializare, ca şi pentru oricare dintre celelalte avansuri în dezvoltare. Nu ne aşteptăm să descoperim atitudini sociale la bebeluşi, în perioada preverbală sau înainte ca memoria, testarea realităţii, procesul secundar de gândire să fie stabilite. În egală măsură, nu aşteptăm aceste atitudini de la indivizii cu deficienţă mentală avansată sau de la cei cu un Eu alterat în vreun alt fel. De asemenea, ne aşteptăm ca socializarea să fie anulată, când apar în viaţa de mai târziu regresii severe ale Eului ce vor diminua funcţiile Eului până la nivelele preverbale şi ale procesului primar.

MECANISME ALE EULUI CE FAVORIZEAZĂ SOCIALIZAREA ULTERIOARĂ

Avansările descrise, de la principiul plăcerii la cel al realităţii şi de la funcţionarea psihică primară la cea secundară, servesc împreună la îngustarea discrepanţei între legile interne şi cele externe. Acestea vor fi incapabile să anuleze această discrepanţă fără ajutorul unor mecanisme ale Eului care îşi bazează acţiunea pe legăturile libidinale ale copilului cu mediul. Mecanismele cele mai familiare acţionând în această direcţie sunt imitaţia, identificarea, introiecţia.

Imitaţia atitudinilor parentale este cel mai timpuriu şi mai primitiv dintre acestea, începând în prima copilărie şi luând amploare o dată cu creşterea conştientizării lumii obiectale. Imitându-şi părinţii care îl îngrijesc, bebeluşul reuşeşte să se pună în rolul lor de figuri puternice

şi admirate, ce sunt capabile să controleze magic fluxul şi refluxul satisfacerii dorinţei şi a pulsiunii, în conformitate cu reguli care, la acest stadiu, sunt misterioase şi străine copilului.

Identificarea urmează acestor încercări de imitaţie începând din perioada preoedipiană, atâta timp cât acestea din urmă au avut un rezultat plăcut. Se bazează pe dorinţa de a poseda permanent anumite aspecte plăcute prin modificarea Selfului sau cel puţin a concepţiei copilului despre acesta, în direcţia imaginii părinţilor. Astfel, idealurile sociale ale părinţilor, oricare ar fi acestea, sunt transpuse din lumea externă în cea internă unde vor prinde rădăcini ca Self Ideal al copilului şi vor deveni un precursor important al Supraeului. A se simţi una cu părintele în această privinţă restabileşte, cel puţin pe tărâmul circumscris moralei, unitatea completă între bebeluş şi mamă (simbioza) ce a existat la începutul vieţii, înainte ca bebeluşul să facă vreo distincţie între Selful căutător de plăcere şi lumea obiectală care oferă sau refuză plăcerea.

Introiecţia autorităţii externe, adică parentale, este adăugată la această nouă instanţă internă în timpul şi după perioada oedipiană. Astfel, aceasta este înălţată de la statutul unui ideal mai degrabă dezirabil la acela al unui legiuitor real şi eficient, adică Supraeul, care de aici înainte se va preocupa de reglementarea controlului pulsional din interior. El face aceasta recompensând un Eu compliant, cu sentimente de bine şi de stimă de sine, şi pedepsind un Eu rebel cu accese de conştiinţă şi sentimente de vinovăţie, înlocuind în acest fel dependenţa şi frica de părinţi, care reglementau pe vremuri comportamentul. Dar, chiar şi cu această măsură de legiferare internă stabilită, Supraeul va avea nevoie de o susţinere activă şi de a fi în conformitate cu autoritatea externă pentru o îndelungată perioadă de timp.

ATRIBUTE ALE SINELUI CA OBSTACOLE ÎN CALEA SOCIALIZĂRII

Eficacitatea creşterii Eului şi a mecanismelor identificatorii şi introiective poate crea o falsă imagine, şi anume ne poate conduce la subestimarea obstacolelor pe drumul socializării, pe care fiecare individ trebuie să le depăşească. Presiunea spre investirea, acceptarea şi internalizarea normelor sociale este cu adevărat puternică, datorită legăturilor libidinale ale copilului cu părinţii care sunt primii reprezentanţi ai acestora. Pe de

altă parte, lupta copilului pentru împlinirea propriilor scopuri instinctuale este la fel de imperativă. Rămâne o mare dificultate pentru individ faptul că tendinţele sale sexuale şi agresive, aşa cum sunt în viaţa infantilă, nu pot fi adecvate la normele culturale ale adultului, că ele trebuie modificate înainte de a face acest lucru şi că socializarea cere, în consecinţă, de la copil o anumită cantitate de alienare de la şi împotriva a ceea ce el simte în mod legitim ca fiind Selful său cel mai autentic.

Ar trebui, pe de altă parte, recunoscut că unele dintre modificările necesare nu sunt efectul conflictului şi al efortului, ci apar mai mult sau mai puţin spontan în cursul creşterii naturale şi al maturizării.

Fantasmelor canibalice timpurii, de exemplu, se pare că li se face faţă prin refulare primară, înainte de a se fi format un Eu şi un Supraeu eficient. În mod echivalent, agresivitatea nediscriminată şi distructivitatea copilului sunt legate, îmblânzite şi făcute controlabile nu prin gestionarea de către mediu sau din interior, ci prin prin procesul spontan de a fi fuzionate cu şi aduse în serviciul libidoului. Chiar şi anumite înclinaţii anale spre mirosuri, atracţia pentru excremente şi alte materii murdare, dacă nu sunt eronat gestionate sau exagerat accentuate şi perpetuate de mediu, ele sunt aproape inevitabil deplasate şi neutralizate în sublimări acceptabile cultural.

Cu toate astea este esenţial de remarcat că, în mod normal, cele mai multe dintre pulsiunile parţiale infantile sunt mai persistente şi, în consecinţă, crează iniţial conflict cu mediul, mai târziu cu instanţele Eului, în măsura în care acestea sunt orientate de mediu. Astfel, copilul nu mai priveşte componentele pulsionale ca pe sursele principale de plăcere, ci le cercetează în baza faptului de a fi potrivite sau nepotrivite, acceptabile sau inacceptabile din punctul de vedere moral al mediului. Nu există nici o îndoială că lăcomia, revendicativitatea, posesivitatea, gelozia extremă şi competitivitatea, impulsurile de a ucide rivalii şi figurile frustrante, adică toate elementele normale ale vieţii instinctuale infantile, devin nuclee ale dissocialităţii de mai târziu, dacă li se permite să rămână nemodificate, iar creşterea socială implică adoptarea unei atitudini necompliante, defensive faţă de acestea. Ca un rezultat al apărării din partea Eului, este faptul că unele sunt eliminate din Selful conştient cu totul (prin refulare); altele sunt transformate în opusele lor, care sunt mai acceptabile (prin formaţiune reacţională) sau direcţionate spre scopuri noninstinctuale (prin sublimare); alte elemente sunt îndepărtate din contextul Selfului şi deplasate asupra imaginii altor oameni (prin

proiecție); componentele falice cele mai avansate și mai plăcute sunt reprogramate pentru satisfacere într-un viitor îndepărtat etc.

Procesele de socializare, în timp ce protejează în mod cert copilul împotriva tendințelor delicvente potențiale, tot atunci restricționează, inhibă și sărăcesc natura sa originară. Acesta nu este un rezultat acidental, datorat – așa cum sugerează anumiți autori – folosirii neinspirate a mecanismelor de apărare „patologice“ (cum ar fi refularea, formațiunea reacțională etc.) în locul „mecanismelor“ de adaptare „sănătoase“ (cum ar fi deplasarea, sublimarea); nici nu se datorează insistenței parentale pe apărare ca opusă unei desfășurări libere a personalității copilului. De fapt, toate mecanismele de apărare servesc simultan restricției pulsionale interne și adaptării externe, care sunt mai degrabă două fețe ale aceleiași imagini. Nu există antiteză între dezvoltare și apărare, din moment ce întărirea Eului și organizarea sa defensivă este ea însăși o parte esențială a creșterii copilului și comparabilă în importanță cu desfășurarea și maturizarea pulsiunilor. Antiteza reală își are rădăcinile mult mai profund și chiar inevitabil în scopurile înseși ale dezvoltării, și anume, libertatea individuală deplină (implicând activitate pulsională liberă) *versus* complianță la normele sociale (implicând restricție pulsională). Dificultatea de a combina aceste elemente opuse este în mod corect privită ca unul dintre cele mai mari obstacole în calea unei socializări de succes.[1]

[1] În locul diferențierii între apărare și adaptare și a etichetării mecanismelor Eului folosite ca patologice sau normale, este preferabil să se distingă între diferitele lor rezultate; acestea depind de o varietate de factori cum ar fi următorii:

(a) *Adecvarea la vârstă.* Apărările au propria lor cronologie, chiar dacă este una aproximativă. Sunt mult mai predispuse să ducă la rezultate patologice dacă sunt folosite înainte de vârsta potrivită sau dacă sunt păstrate mult după această vârstă. Exemple sunt negarea și proiecția, care sunt „normale“ în prima copilărie și conduc la patologie în anii de mai târziu; sau refularea sau formațiunea reacțională, care invalidează personalitatea copilului dacă sunt folosite prea timpuriu.

(b) *Echilibrul.* Organizarea defensivă cea mai sănătoasă este una în care diferitele metode sunt folosite pentru diverse situații de pericol apărute din Sine și nici un mecanism singur nu predomină până la punctul de a le exclude pe celelalte.

(c) *Intensitatea.* Depinde de factori cantitativi, mai mult decât de cei calitativi, dacă apărarea conduce la formarea de simptom mai degrabă decât la o adaptare socială sănătoasă. Orice insistență asupra restricției pulsionale, fără a conta mecanismul folosit, conduce inevitabil la rezultate nevrotice.

(d) *Reversibilitatea.* Activitatea defensivă solicitată spre a îndepărta pericolele în trecut nu ar trebui menținută în prezent, când pericolul poate să fi devenit inexistent.

Eșecuri ale socializării

Multitudinea factorilor implicați în procesul de socializare își găsește corespondent în multitudinea tulburărilor care îl afectează. După cum a fost prezentat în paginile precedente, gestionarea externă din partea părinților și influențele interne din partea pulsiunii, a dezvoltării Eului și Supraeului își aduc contribuțiile lor la rezultatul final. Prima variază în funcție de elementele culturale, familiale și individuale; ultimele sunt subiect al variațiilor în timp, la fel de bine ca și al opririlor, regresiilor și al altor vicisitudini ale dezvoltării. În conformitate, diferențele între indivizi cu privire la cronologia, consistența și scopul dezvoltării Supraeului sunt considerabile și devine folositor a gândi în termenii variațiilor formării Supraeului, mai degrabă decât în termenii deviației de la o normă ipotetic fixată.

Până acum, mulți factori și multe constelații sunt recunoscute ca ducând mai târziu la dissocialitate și sunt tratate ca atare în literatură. Faptul că eșecul în desăvârșirea dezvoltării Eului, din motivele oferite mai sus, are drept rezultat o socializare defectuoasă, este atestat de numărul mare de delicvenți și infractori care, la examinarea psihologică, sunt descoperiți având o mentalitate primitivă, infantilă, retardată, defectivă, deficientă, cu coeficienți de inteligență scăzuți.[1]

Mulți autori au subliniat (Aichhorn, 1952; Augusta Bonnard, 1950) că *dissocialitatea* și *infracționalitatea părinților* sunt încorporate în Supraeul copilului prin mijloacele identificării normale cu ei. Asupra faptului că tulburările severe ale socializării apar când *identificarea* cu părinții este *întreruptă* de separări, respingeri și alte interferențe în legătura emoțională cu ei, August Aichhorn (1950) a insistat pentru prima oară, John Bowlby a adus numeroase dovezi (1944) și a fost în general acceptat ca un fapt sabilit.

În ansamblu, factorii calitativi în lupta copilului pentru socializare primesc mai multă atenție decât cei *cantitativi*, deși nici ultimii nu sunt mai puțin responsabili pentru numărul de crize de adaptare socială care survin în copilărie. Orice alterare a forței, fie a instanțelor Sinelui, fie a Eului, poate strica echilibrul social precar al copilului. Dacă dintr-un motiv oarecare Eul său este slăbit, va fi incapabil să controleze activitatea pulsională normală într-o manieră adecvată vârstei, va regresa la căutarea

[1] Vezi J. J. Michaels (1955) asupra caracterului impulsiv delicvent.

plăcerii, la atitudini indulgente faţă de propria persoană din momente mai timpurii, adică va deveni dissocial în comportament. Dacă are loc o creştere cantitativă a activităţii pulsionale în general, sau în orice componentă pulsională în particular, eforturile şi apărările Eului său normal vor fi ineficiente în a le controla. Pe de altă parte, astfel de alterări cantitative sunt la ordinea zilei şi fac parte în mare măsură din viaţa normală, oricare ar fi rezultatele lor. Eul unui copil este slăbit de durere fizică, de boală, de angoasă, de evenimente supărătoare, de orice solicitare emoţională etc. Schimbările în intensitatea pulsiunii sunt provocate fie de mediu, prin seducţie, expunere la observaţii, indulgenţă excesivă sau frustrare, fie din interior, prin tranziţii de la un nivel de dezvoltare la altul.[1] În timp ce aceşti factori cantitativi sunt în flux constant, nici o atitudine socială adoptată de copil, nu ar trebui luată drept una definitivă.

Urmărind literatura asupra subiectului, descoperim că este uzual ca nu componentele sexualităţii infantile, ci ale agresivităţii infantile să fie cele considerate ca o ameninţare la adresa socializării. Deşi convingătoare la suprafaţă, această viziune nu rămâne în picioare la o examinare mai aprofundată. În realitate, luptele agresive, dacă sunt intricate pe calea normală cu cele libidinale, constituie influenţe socializatoare, mai degrabă decât contrariul. Ele furnizează forţa şi tenacitatea iniţiale prin care copilul întâlneşte lumea obiectală şi se va păstra conectat la ea. În evoluţia ulterioară, ele susţin ambiţia de a-şi însuşi calităţile şi puterile părinţilor, la fel de bine ca şi dorinţa de a fi mare şi independent. Ulterior, ele împrumută severitate şi tărie morală Supraeului în raporturile acestuia cu Eul, fiind detaşate de obiecte şi plasate la dispoziţia Supraeului.

Agresivitatea devine o ameninţare la adaptarea socială doar atunci când apare în cultură pură, fie ne-intricată cu libidoul, fie dezintricată de el. Cauza acestui fapt nu rezidă de obicei, în pulsiunea agresivă în sine, ci în procesele libidinale care poate nu s-au dezvoltat suficient pentru sarcina de a atenua şi lega agresivitatea sau care şi-au pierdut această capacitatea la un anumit punct în dezvoltarea copilului, datorită dezamăgirilor în raport cu obiectul iubirii, respingerilor reale sau

[1] Compară, de exemplu, cantitatea de activitate pulsională din timpul latenţei cu perioadele anterioare şi ulterioare. Scăderea presiunii pulsiunilor din acel moment corespunde nivelului înalt de răspunsuri sociale din timpul latenţei.

imaginare, pierderii obiectului etc. Un pericol special de dezintricare este reprezentat de faza sadic-anală, în timpul căreia agresivitatea atinge un vârf normal şi utilitatea sa socială este în mod special dependentă de asocierea sa strânsă cu cantităţi egale de libido. Orice criză emoţională în acest moment eliberează sadismul normal al copilului de porţiunile libidinale intricate, astfel încât acesta devine distructivitate pură şi, astfel, se întoarce împotriva obiectelor însufleţite sau neînsufleţite, la fel de bine ca şi împotriva Selfului. Ceea ce se întâmplă atunci este faptul că atitudinile pe jumătate în joacă, provocatoare, voluntare ale copilului care tocmai a început să meargă devin fixate în personalitate sub forma unor tendinţe spre ceartă, înclinaţia spre cruzime şi o preferinţă pentru relaţii mai degrabă ostile decât prietenoase cu semenii săi. Şi mai important este faptul că agresivitatea în această formă dezintricată nu este controlabilă nici din exterior, de părinţi, nici din interior, de Eu şi Supraeu. Dacă intricarea nu este restabilită prin întărirea proceselor libidinale şi prin noi ataşamente obiectuale, tendinţele distructive devin o cauză majoră de delicvenţă şi infracţionalitate.

Trecerea de la standardele familiale la cele ale comunităţii

Procesele de imitaţie, identificare şi introiecţie care au loc înainte, în timpul şi după complexul oedipian nu fac altceva decât să asigure copilului internalizarea standardelor parentale. Deşi aceste procese sunt indispensabile ca un pas pregătitor al adaptării viitoare la o comunitate de adulţi, ele nu oferă nici o asigurare prin ele înseşi că această adaptare va fi în cele din urmă atinsă, nici chiar în acele fericite situaţii, în care standardele familiei şi cele ale comunităţii coincid.

Normele morale pe care este bazată viaţa de familie sunt acceptate de copil, din două motive. Pe de o parte, ele sunt reprezentate de figurile părinţilor, pe care copilul îi iubeşte şi cu ale căror atitudini se poate identifica; pe de alta, ele îi sunt prezentate într-o manieră foarte personală de părinţii care se identifică cu el într-un mod narcisic, prezintă simpatie pentru ciudăţeniile sale şi empatie instinctivă faţă de dificultăţile şi particularităţile sale. Propria lor implicare emoţională alături de copil îi opreşte să îi impună cerinţe care sunt peste orizontul de înţelegere al copilului sau, în mod evident, dincolo de capacitatea sa de a li se supune. În acest fel, acasă, i se acordă fiecărui copil, nu doar „beneficiul vârstei", ci şi beneficiile datorate personalităţii sale specifice

şi ale poziţiei sale specifice în cadrul familiei. Este adevărat că această stare de fapt se poate transforma într-un handicap, în măsura în care conduce copilul la a aştepta ca pe un drept al său faptul de a-i fi arătată o toleranţă similară şi în viaţa de mai târziu; dar este de asemenea adevărat că instanţele Eului imatur au nevoie de această indulgenţă pentru a iniţia şi a creşte atitudinea lor pozitivă, receptivă la mediu.

Oricum ar fi aceasta, copilul păstrează doar câteva dintre aceste privilegii iniţiale o dată cu trecerea de la statul acasă la mersul la şcoală. Regulile şcolare mai au încă o aromă personală atâta timp cât sunt reprezentate de imaginea profesorului pe care, în condiţii favorabile, copilul îl place, sau iubeşte, sau admiră şi îl foloseşte în consecinţă ca pe un obiect de identificare. Pe de altă parte, regulile şcolare ţin cont prea puţin sau deloc de diferenţele între indivizi. Copiii sunt clasificaţi în funcţie de nivelul de maturitate, în sensul că diferite standarde sunt aplicate la grupe diferite de vârstă, dar în interiorul grupei de vârstă se aşteaptă ca toţi copiii să se conformeze unei reguli comune, oricare ar fi sacrificiul pe care l-ar presupune aceasta pentru personalităţile lor. Din acest motiv, mulţi copii găsesc dificil de realizat tranziţia de la statul acasă la mersul la şcoală. Faptul că s-au identificat şi s-au conformat cu succes primeia, nu reprezintă o garanţie în sine că se vor identifica şi conforma şi cu cea din urmă. Un copil bine adaptat în familie nu este în mod necesar şi un copil bine adaptat la şcoală, şi invers.

O dată cu mişcarea ulterioară a adolescentului de la şcoală spre comunitatea adultă, normele legale devin, în cele din urmă, impersonale. „A fi egal în faţa legii", nu este doar un avantaj pentru individ, ci implică de asemenea că toate cererile de beneficii, privilegii, tratament preferenţial pe baze personale trebuie abandonate. Rămâne un pas dificil şi unul neatins de oricine, acela de a accepta că comunitatea îşi impune legile şi pedepseşte transgresiunile fără să ţină seama de sacrificiul plăcerii pe care acest fapt îl presupune din partea individului, fără să-i pese de nevoile, dorinţele, complexităţile sale personale şi fără referinţă la statutul său intelectual şi caracterial, care fie îl face potrivit, fie îl face incapabil să se supună legii. Până acum, singurele excepţii recunoscute de lege sunt două cazuri extreme, idiotul şi nebunul, pe baza presupusei lor incapacităţi de a distinge între bine şi rău.

Spre deosebire de regulile morale de bază care sunt încorporate în Supraeu, codurile legale prin natura lor impersonală, complexă şi formală, nu devin parte a lumii interne a individului. Ceea ce este

aşteptat ca funcţionarea Supraeului să asigure, nu este identificarea individului cu conţinutul fiecări legi în parte, ci acceptarea şi internalizarea existenţei unei norme ce guvernează în general. În această privinţă, în atitudinea sa faţă de lege, omul obişnuit perpetuează poziţia infantilă a unui copil neştiutor şi supus faţă de părinţii săi, care sunt omniscienţi şi omnipotenţi. Delicventul sau criminalul perpetuează atitudinea copilului care ignoră, diminuează sau depreciază autoritatea parentală şi acţionează în sensul sfidării acesteia.

Există de asemenea anumiţi indivizi aparte, ale căror exigenţe morale faţă de ei înşişi sunt mai înalte şi mai stricte decât orice aşteaptă de la ei sau le-ar impune mediul. Ei îşi obţin standardele prin identificare cu o imagine ideală a părinţilor, mai degrabă decât prin a se identifica cu persoanele reale reprezentate de părinţii lor, şi îşi impun aceste reguli prin intermediul unui Supraeu care este excesiv de sever datorită interiorizării a aproape întregii cantităţi de agresivitate disponibilă. Astfel de indivizi se simt în siguranţă în judecarea şi reglementarea interioară a propriului lor comportament, pe care ei îl ştiu ca fiind deasupra şi dincolo de norma comună. În modul indirect şi ocolit al dezvoltării unui caracter extrem (şi adesea obsesional) ei au reuşit în a mai deveni o dată ceea ce au fost, pe când erau copii mici, şi anume o „lege pentru ei înşişi".

HOMOSEXUALITATEA CA O CATEGORIE DIAGNOSTICĂ ÎN TULBURĂRILE COPILULUI

Unele dintre discuţiile care se aplică dissocialităţii pot fi folsite cu anumite modificări în cazul manifestărilor homosexuale la copii. Există o incertitudine similară în ceea ce priveşte vârsta la care termenul de homosexualitate poate fi folosit în mod legitim. Există legături similare între manifestările homosexualităţii şi stadiile dezvoltării normale. Există o dificultate similară în prognosticul homosexualităţii propriu-zise la adult, adică în stabilirea unor conexiuni valide între anumite stadii preliminare care sunt vizibile în copilărie şi rezultatul sexual final anormal.

Din momentul publicării celor *„Trei eseuri asupra sexualităţii"*, în 1905, o literatură psihanalitică din ce în ce mai vastă s-a dedicat fenomenologiei homosexualităţii, dintr-o varietate de unghiuri. Nu toate acestea sunt relevante pentru copil. Distincţia importantă între

homosexualitatea manifestă şi cea latentă, de exemplu, se aplică comportamentului sexual al adulţilor şi nu poate fi păstrată în aceeaşi formă atunci când este aplicată masturbării reciproce sau altor jocuri sexuale între copii sau chiar adolescenţi. Distincţia între homosexualitatea pasivă şi cea activă, sau mai degrabă între fantasmele subiacente pasive sau active, se referă la poziţii ale partenerilor în actul sexual în sine, adică în practici de după adolescenţă. Întreaga dezbatere extinsă privitoare la reversibilitate se aplică de asemenea doar adultului, pentru care modul său homosexual de viaţă este fie ego-distonic, şi în consecinţă accesibil analizei, fie ego-sintonic, situaţie în care tratamentul este evitat sau căutat doar în urma unor presiuni externe.

Pe de altă parte, există o serie de chestiuni privitoare la homosexualitate care sunt la fel de remarcabile în literatură şi care sunt de mare relevanţă pentru analistul de copii în sensul în care el poate extrage din ele indicii utile pentru evaluările sale, sau date contributive la soluţiile din propriile descoperiri. Aceste chestiuni tratează trei subiecte: topica *alegerii de obiect*; *reconstrucţiile* din analizele adulţilor şi semnificaţia lor pentru prognosticul homosexualităţii în evaluările copilului; şi întrebarea generală asupra *cauzalităţii* homosexualităţii şi a raportului între elementele înnăscute şi cele dobândite.

Alegerea de obiect: factorul vârstă

Faptul că copiii de ambele sexe realizează ataşamente libidinale faţă de obiectele de iubire, este una dintre propoziţiile de bază ale teoriei psihanalitice a sexualităţii infantile. În fiecare perioadă a copilăriei, alegerea de obiect este guvernată de reguli, nevoi şi necesităţi diferite, după cum vor arăta descrierile care urmează. Astfel, ataşamentele de persoane de acelaşi sex sunt la fel de normale ca şi ataşamentele faţă de sexul opus, şi nu pot fi considerate ca premergătoare homosexualităţii de mai târziu.[1]

[1] „În mod contrar, psihanaliza consideră că alegerea unui obiect, independent de sexul obiectului – libertatea de a se ataşa în mod egal de obiecte masculine şi feminine – aşa cum este ea regăsită în copilăria omului, în stadiile primitive ale societăţii şi în perioadele timpurii din istorie, este baza originală de la care se dezvoltă ca un rezultat al unei restricţii într-o direcţie sau în alta, ambele tipuri, atât cel normal cât şi cel inversat"(S. Freud, 1905, p. 145f; notă de subsol adăugată în 1915).

Bebeluşii, la începutul vieţii, îşi aleg obiectele pe baza funcţiei şi nu a sexului. Mama este investită cu libido pentru că ea este cea care îngrijeşte, este furnizorul satisfacerii nevoilor, iar tatăl este simbolul puterii, al protecţiei, posesorul mamei etc. O „relaţie maternă" este adesea realizată cu părintele masculin în cazurile în care el preia rolul de satisfacere a nevoilor, sau o „relaţie paternă" cu părintele feminin, în cazurile în care ea este puterea dominantă în familie. În această manieră, bebeluşul normal, de sex masculin sau feminin, are ataşamente de obiect la ambele figuri, atât cea feminină cât şi cea masculină. Deşi, în sensul strict al termenului, bebeluşul nu este nici hetero-, nici homosexual, el poate fi descris ca fiind ambele.

Faptul că funcţia şi nu sexul obiectului decide aceste relaţii este evidenţiat, de asemenea, prin transferul din tratamentul analitic, unde sexul analistului nu este o barieră împotriva deplasării relaţiilor materne şi paterne asupra terapeutului.

În afara acestei alegeri de obiect de tip anaclitic, este totuşi evident că *componentele tendinţelor pregenitale* depind în satisfacerea lor nu de aparatul sexual al partenerului, ci de alte calităţi şi atitudini. Dacă acestea sunt găsite la mamă şi dacă pe baza lor ea devine obiectul principal de iubire al copilului, atunci băiatul, în fazele orală şi anală, este „heterosexual", iar fata „homosexuală"; dacă ele sunt găsite la tată şi nu la mamă, poziţia este inversată. În oricare dintre cazuri, o alegere de obiect determinată de calitatea şi scopul componentei pulsionale dominante este adecvată fazei şi este normală, indiferent dacă relaţia rezultată este heterosexuală sau homosexuală.

În contrast cu stadiile precedente, sexul obiectului devine de mare importanţă în *faza falică*. Supraestimarea penisului, adecvată vârstei, induce atât băieţilor cât şi fetelor faptul de a-şi alege parteneri care posedă un penis, sau cel puţin se presupune că ar avea (aşa cum este mama falică). Orice curs ar urma tendinţele lor pulsionale, ei nu se pot sustrage „de la o clasă de obiecte definite de un determinant particular".[1]

[1] „... la fel ca şi micul Hans, care îşi arăta afecţiunea nediscriminată faţă de băieţei şi de fetiţe, şi care l-a descris odată pe prietenul Fritzl ca „fetiţa pe care o îndrăgea cel mai tare". Hans era un homosexual (aşa cum pot fi foarte bine toţi copiii), ţinând cont şi de faptul ce trebuie păstrat întotdeauna în minte, că *el nu cunoştea decât un sigur fel de organ sexual*-un organ genital ca al său" (S. Freud, 1909, p. 110).

Complexul oedipian în sine, atât în forma sa pozitivă cât şi în cea negativă, este bazat pe recunoaşterea diferenţelor sexuale şi, în interiorul său, copilul îşi face alegerea de obiect într-o manieră adultă, pe baza sexului partenerului. Complexul oedipian pozitiv, cu părintele de sex opus ca obiect preferat de iubire, corespunde atât de strâns heterosexualităţii adulte, pe cât corespunde complexul oedipian negativ homosexualităţii adultului. În măsura în care ambele manifestări sunt fenomene ale dezvoltării normale, ele sunt neconcludente pentru patologia ulterioară; ele satisfac pur şi simplu nevoile legitime bisexuale ale copilului. Totuşi, pentru fiecare copil, accentul poate fi pus fie pe atitudinile pozitive, fie pe cele negative, iar aceste diferenţe cantitative pot fi luate ca indicatori de prognostic pentru viitor. Acestea revelează preferinţe importante pentru unul sau altul dintre cele două sexe, care îşi au rădăcinile în exprienţele preoedipiene. Pe de o parte, personalităţile părinţilor şi propriul lor succes sau eşec în rolurile lor sexuale şi-au lăsat amprenta, pe calea identificărilor care au urmat iubirii de obiect. Pe de altă parte, fixaţiile la tendinţele sadic-agresive împing băiatul în direcţia complexului oedipian pozitiv şi a heterosexualităţii de mai târziu, aşa cum fixaţiile la conflictele pasive orale şi anale îl împing spre complexul oedipian negativ şi, poate, spre homosexualitate, mai târziu.

Comportamentul copilului, în ansamblu, în timpul perioadei falic-oedipiene anunţă mai direct ca în alte perioade înclinaţiile sale viitoare privitoare la rolul sexual şi la alegera de obiect sexual.

O dată ce intrarea în perioada de latenţă este făcută, acest aspect particular al vieţii libidinale a copilului dispare încă o dată din vedere. Există, desigur, în acest moment, rămăşiţe nemodificate ale complexului oedipian care determină ataşamentele, în mod special la copiii nevrotici, care au fost incapabili să rezolve şi să dizolve relaţiile lor oedipiene cu părinţii. Dar în afară de acestea, există tendinţele inhibate în raport cu scopul, adecvate vârstei, deplasate sau sublimate, pentru care identitatea sexuală a partenerului devine din nou o chestiune comparativ indiferentă. Drept dovadă a acesteia din urmă sunt relaţiile copilului în perioada de latenţă cu profesorii, care sunt iubiţi, admiraţi, displăcuţi sau respinşi, nu pentru că sunt bărbaţi sau femei, ci pentru că sunt figuri care fie ajută, apreciază, inspiră, fie sunt severe, intolerante şi producătoare de angoasă.

Evaluările diagnosticianului în această perioadă sunt şi mai intens

expuse confuziei prin faptul că alegerea de obiect cu privire la cei de aceeaşi vârstă se produce pe linii opuse acelora obişnuite de la adult. Băiatul care caută exclusiv companie masculină şi evită şi dispreţuieşte fetele nu este viitorul homosexual, oricare ar fi similtudinile din comportamentul manifest. În mod contrar, o astfel de agăţare de persoanele masculine şi retragere şi dispreţ faţă de femei poate fi considerată o emblemă a băiatului normal în latenţă, adică a viitorului heterosexual. La această vârstă, tendinţele homosexuale viitoare sunt trădate mai degrabă de preferinţa pentru jocul cu fetele şi de aprecierea şi împroprietărirea cu jucăriile lor. Această inversiune a comportamentului este luată drept sigură la fetele în latenţă, care caută compania băieţilor nu dacă sunt feminine, ci dacă sunt ele însele „băieţoi", adică pe baza invidiei lor de penis şi a dorinţelor masculine, şi nu pe baza dorinţelor feminine, de relaţie cu sexul opus. Ceea ce apare în comportamentul manifest ca trăsături homosexuale sunt, de fapt, unele heterosexuale, şi viceversa. Ceea ce trebuie amintit în legătură cu asta, este că alegerea tovarăşilor de joacă în perioada de latenţă (adică alegerea de obiect printre cei de-o vârstă) este bazată pe identificarea cu partenerul şi nu pe iubirea propriu-zisă de obiect, adică pe egalitatea cu aceştia, care poate sau nu să includă egalitatea de sexe.

În *preadolescenţă* şi *adolescenţă*, în cele din urmă, se ştie că episoadele homosexuale survin mai mult sau mai puţin regulat şi că există alături de cele heterosexuale, fără a fi prin ele însele semne prognostice valide. Aceste manifestări trebuie înţelese în parte ca recurenţe ale legăturilor obiectale pregenitale ale copilului mic, nediferenţiate din punct de vedere sexual, care devin valide încă o dată în preadolescenţă, la un loc cu retrăirea multor altor atitudini pregenitale şi preoedipiene. Alegerea de obiect homosexuală în adolescenţă se datorează de asemenea şi regresiei adolescentului de la investirea obiectului la iubirea faţă de propria persoană şi la identificarea cu obiectul. În această ultimă privinţă, obiectul adolescentului reprezintă în multe cazuri nu doar Selful real al individului, ci şi idealul propriului Self, un concept care include invariabil noţiunea ideală a adolescentului despre propriul rol sexual. Relaţiile adolescentului formate pe această bază prezintă toate semnele exterioare ale iubirii de obiect homosexuale şi sunt acceptate în mod frecvent ca advărate stadii premegătoare ale homosexualităţii adulte. Dar ele sunt, metapsihologic, fenomene narcisice care sub această formă aparţin variatei simptomatologii

schizoide a adolescenţei şi care sunt mult mai semnificative ca indicatori ai profunzimii regresiei, decât ca indicatori de prognostic pentru viitorul rol sexual al indvidului.

Prognostic versus *reconstrucţie*

În comparaţie cu numărul redus de indicii prognostice ce pot fi găsite de-a lungul dezvoltării libidoului copilului, există o mulţime de date relevante reconstruite în analizele homosxualilor adulţi care permit legarea diverselor manifestări de homosexualitate latentă sau manifestă la rădăcinile lor infantile. În literatura consacrată, originea homosexualităţii este discutată cu privire la următoarele zone de dezvoltare a personalităţii, perioade şi experienţe:

— natura înnăscută a individului, adică bisexualitatea ca bază instinctuală a homosexualităţii (Freud, 1905, în special nota de subsol adăugată în 1915, 1909; Bohm, 1920; Sadger, 1921; Bryan, 1930; Nunberg, 1947; Gillespie, 1964);

— narcisimul individului, care crează nevoia de a alege un partener sexual după imaginea lui însuşi (Ferenczi, 1911, 1914; Freud, 1914; Bohm, 1933).

— legăturile homosexualităţii cu fazele pregenitale orală şi anală (Bohm, 1933; Grete Bibring; Sadger, 1921; Lewin, 1933);

— supraestimarea penisului în faza falică (Freud, 1909; Sadger, 1920; Jones, 1932; Lewin, 1933; Loewenstein, 1935; Fenichel, 1936; Pasche, 1964);

— influenţa iubirii excesive şi a dependenţei în rapot cu mama sau cu tatăl, sau ostilitatea extremă faţă de unul dintre ei (Freud, 1905, 1918, 1922; Sadger, 1921; Weis, 1925; Bohm, 1930, 1933; Wulff, 1941);

— observarea traumatică a organelor genitale feminine şi a menstruaţiei (Daly, 1928, 1943; Nunberg, 1947)

— invidia faţă de corpul mamei (Bohm, 1930; Melanie Klein 1957);

— gelozia faţă de fraţii rivali care sunt transformaţi, în consecinţă, în obiecte de iubire (Freud, 1922, Lagache, 1950); etc.

În pofida tuturor acestor numeroase şi bine documentate legături între trecutul infantil şi prezentul adult, judecata nu poate fi inversată, şi datele reconstruite nu pot fi folosite pentru reperarea precoce a dezvoltării homosexuale la copii. Motivul pentru care nu se poate face astfel devine evident ori de câte ori unul dintre tipurile de homosexualitate este examinat în detaliu, cum ar fi de exemplu homosexualitatea masculină de tip pasiv feminin, a cărei psihopatologie a fost în mod particular studiată în multe analize terapeutice.

Acest tip de homosexualitate este caracterizat prin faptul că este legată de mamă, prin faptul că subiectul nici nu doreşte, nici nu poate avea relaţii sexuale cu femeile şi prin activitatea sexuală cu bărbaţi, de obicei de categorie socială inferioară, care sunt căutaţi datorită faptului că posedă atribute corporale masculine foarte evidente, cum ar fi o importantă forţă musculară, un corp păros etc. Atunci când este analizată, acestei simptomatologii homosexuale îi pot fi urmărite rădăcinile într-un ataşament pasionat faţă de mamă care a dominat întreaga copilărie de la faza orală, prin cea anală şi până după cea falică; într-o oroare faţă de corpul feminin dobândită de obicei în mod traumatic prin descoperirea organelor genitale ale mamei sau ale unei surori şi într-o perioadă de admiraţie pasionată a penisului tatălui.

Aceste elemente, care sunt, dincolo de orice îndoială, influenţe patogene în trecutul unui homosexual, nu pot în nici un fel să fie folosite ca prognostic al homosexualităţii atunci când ele fac parte din tabloul clinic al unui copil. Departe de a fi manifestări anormale sau măcar neobişnuite, ele sunt, dimpotrivă, părţi obişnuite, chiar indispensabile ale echipamentului de dezvoltare al oricărui băiat. Legătura strânsă cu mama, care îl devastează pe viitorul homosexual prin creşterea fricii sale de tatăl rival, prin sporirea angoasei sale de castrare şi prin impunerea regresiei la dependenţa anală şi orală, este în acelaşi timp şi binecunoscuta piesă centrală a complexului oedipian pozitiv şi, în acest fel, un stadiu premergător normal al heterosexualităţii adulte. Şocul pe care fiecare băiat îl trăieşte la prima confruntare cu organele genitale feminine şi care crează în homosexualul de mai târziu o aversiune persistentă faţă de orice atracţie faţă de sexul feminin, este un eveniment obişnuit şi inevitabil din moment ce el porneşte de la credinţa că fiecare fiinţă umană are un penis, ca şi el însuşi. În mod normal, descoperirea diferenţei dintre sexe nu înseamnă nimic mai mult pentru băieţel decât o creştere temporară a angoasei de castrare; aceasta poate chiar acţiona ca o întărire sănătoasă a apărărilor sale împotriva propriilor dorinţe şi identificări feminine, poate întări mândria de a poseda un penis şi cel mai frecvent va da naştere sfidării pline de milă faţă de femeia castrată, ceea ce reprezintă o caracteristică cu adevărat masculină a băieţelului falic. Până la urmă, admiraţia penisului

mai mare al bărbatului, care domină viaţa amoroasă a acestui tip de homosexual pasiv până la excluderea a orice altceva, este o staţie intermediară normală în relaţia fiecărui băiat cu tatăl lui. Viitorul homosexual rămâne fixat aici şi continuă să înzestreze obiectele sale masculine cu toate semnele dezirabile ale puterii şi potenţei masculine, în timp ce băiatul normal depăşeşte acest stadiu, se identifică cu tatăl ca posesor al penisului şi achiziţionează caracteristicile masculine şi atitudinile heterosexuale de la acesta, folosindu-le pentru propria sa persoană şi pentru viitoarea sa identitate sexuală.

Cu alte cuvinte, faptul că anumite elemente din copilărie au condus în anumite cazuri la un anume rezultat homosexual nu exclude un rezultat diferit sau chiar opus în alte cazuri. În mod evident, ceea ce determină direcţia dezvoltării, nu sunt evenimentele şi constelaţiile majore infantile prin ele însele, ci o multitudine de circumstanţe adiacente, cu consecinţe dificil de judecat atât retrospectiv în analiza adultului, cât şi prognostic, în cadrul evaluării copilului. Acestea includ factori cantitativi şi calitativi, interni şi externi. Faptul ca iubirea unui băiat pentru mama lui să fie un prim pas pe drumul său către bărbăţie sau ca aceasta să îl facă să-şi refuleze masculinitatea sa agresivă de dragul ei, depinde nu doar de el însuşi, adică de natura sănătoasă a conflictelor sale falice; de intensitatea dorinţelor şi fricilor sale de castrare şi de cantitatea de libido rămas la puncte de fixaţie mai timpurii. Rezultatul mai depinde şi de personalitatea şi acţiunile mamei, de cantitatea de satisfacţie şi frustrare pe care ea i-o administrează oral şi anal, în timpul hrănirii şi educaţiei sfincteriene, de propria ei dorinţă de a-l păstra dependent de ea, sau în propria ei mândrie faţă de obţinerea de către el a independenţei şi, în cele din urmă, dar nu pe ultimul loc, de maniera în care ea acceptă sau respinge plăcerea pe care i-o pot produce avansurile de tip falic pe care el i le face, sau de felul în care nu le tolerează. Şocurile castrării de care nu scapă nici un băiat, în forma ameninţărilor, observaţiilor, operaţiilor etc., depind mai întâi, în măsura în care ne interesează intensitatea consecinţelor lor, de momentul când acestea apar; ele sunt resimţite cu cea mai mare intensitate atunci când coincid cu apogeul masturbării falice, cu dorinţele pasiv-feminine faţă de tată, cu sentimentele de vinovăţie etc. Fricile de castrare şi tendinţele pasive sunt influenţate la rândul lor de atitudinile seductive sau represive ale tatălui, de potrivirea sau nepotrivirea sa cu rolul de model masculin etc. Când tatăl este absent datorită unui divorţ, unui abandon, morţii

sale, există o lipsă a unui rival oedipian cu rol limitativ, circumstanţă care intensifică angoasa şi vina în faza falică, şi promovează ne-masculinitatea. În această situaţie, fantasma băiatului că tatăl a fost îndepărtat de către mamă, ca o pedeapsă pentru agresivitatea sa masculină, acţionează de asemenea ca o perturbare la adresa dorinţelor heterosexuale normale ale băiatului.

Ceea ce până la urmă va conta şi va asigura dezvoltarea sexualităţii într-o direcţie sau în alta, sunt evenimente pur aleatorii, cum ar fi accidentele, seducţia, bolile, pierderea obiectului prin moarte, uşurinţa sau dificultatea de a găsi un obiect heterosexual în adolescenţă etc. De vreme ce aceste evenimente sunt impredictibile şi pot schimba viaţa copilului în orice moment, ele vor răsturna orice calcule prognostice care au fost făcute anterior.

Homosexualitatea, favorizată sau prevenită de poziţiile dezvoltării normale

În conformitate cu discuţiile anterioare, pare preferabil să gândim nu în termenii stadiilor infantile premergătoare homosexualităţii adultului, ci în termenii influenţelor dezvoltării care favorizează sau previn dezvoltarea homosexuală. Un asemenea raţionament se bazează pe presupunerea că în timpul creşterii copilului, înclinaţiile homosexuale concură şi, de regulă, alternează cu hetrosexualitatea normală, şi că cele două tendinţe se folosesc pe rând de diferitele poziţii prin care trece copilul.

Privită din acest punct de vedere, se poate rezuma că dezvoltarea homosexuală este favorizată de următorii factori:

(1) Tendinţele bisexuale, care sunt considerate ca parte a constituţiei înnăscute. Ele înzestrează toţi indivizii cu caracteristici psihologice nu doar ale sexului lor, ci şi ale sexului opus şi îi abilitează să le ia drept obiecte de iubire sau să se ofere pe ei înşişi ca obiecte de iubire, nu doar indivizilor de sex opus, ci şi celor de acelaşi sex. Această bisexualitate înnăscută este intensificată în perioada preoedipiană de identificările atât cu părintele de sex feminin, cât şi cu cel de sex masculin şi rămâne ca bază constituţională pentru orice înclinaţii homosexuale ce vor apărea mai târziu.

(2) Narcisismul primar şi secundar al individului, adică investirea

libidinală a propriului Self. În măsura în care alegerea de obiect în a doua copilărie urmează modelul original al narcisismului, partenerii sunt aleşi pe cât se poate de identici cu el însuşi, incluzând identitatea de sex. Astfel de homosexualitate, sau mai strict vorbind, de relaţii narcisice, sunt caracteristice perioadei de latenţă şi anumitor stadii ale pre-adolescenţei şi adolescenţei.

(3) Ataşamentul bebeluşului faţă de obiectul anaclitic, pentru care sexul este de importanţă secundară. Aceasta are o semnificaţie specială pentru homosexualitatea feminină, în măsura în care fata poate rămâne fixată la acest stadiu ca la unul „homosexual".

(4) Libidinizarea anusului şi a tendinţelor pasive obişnuite ale stadiului anal, care furnizează baza corporală normală pentru identificarea feminină a băiatului.

(5) Invidia de penis care furnizează baza normală pentru identificarea masculină a fetei.

(6) Supraestimarea penisului în faza falică, ce face dificil sau imposibil ca băiatul să accepte un obiect de iubire „castrat".

(7) Complexul oedipian negativ care reprezintă o fază „homosexuală" normală atât în viaţa fetelor, cât şi în cea a băieţilor.

În opoziţie cu factorii enumeraţi mai sus, care împing un individ spre homosexualitate, există şi alte influenţe care pot acţiona în direcţia opusă şi pot proteja o persoană de a adopta acestă soluţie sexuală particulară:

(1) Tendinţele heterosexuale şi homosexuale sunt în competiţie cantitativă una cu cealaltă, pe parcursul întregii copilării. Orice promovează hetrosexualitatea, scade într-un grad corespunzător homosexualitatea. De exemplu, avansul în heterosexualitate care este determinat de intrarea băiatului în faza falică şi în complexul oedipian pozitiv micşorează în mod automat orice înclinaţii homosexuale care sunt lăsate ca reziduuri din perioda de pasivitate anală. Acelaşi declin al homosexualităţii survine şi în anumite stadii ale adolescenţei datorită influxului genitalităţii masculine care îndreaptă băiatul spre alegerea de obiect heterosexuală.

(2) Intensitatea fricii de castrare în sine, care îi face pe anumiţi bărbaţi să evite femeile şi să devină homosexuali, acţionează la alţii ca o contraforţă la complexul oedipian negativ şi ca o barieră împotriva homosexualităţii. În măsura în care dorinţele pasive feminine ale acestor băieţi faţă de tată presupun pentru satisfacerea lor acceptarea castrării, ele sunt evitate de aceşti băieţi, cu orice preţ. Aceasta duce adesea la o pseudo-masculinitate, care este supraaccentuată ca o reacţie la angoasa de castrare, şi la o agresivitate sexuală faţă de femei, care neagă posibilitatea castrării şi prezenţa vreunei dorinţe feminine şi, în consecinţă, blochează drumul spre orice manifestări homosexuale manifeste.

(3) În timp ce regresia la analitate lipsită de apărări, determină atitudini homosexuale pasive feminine la bărbat, formaţiunile reacţionale împotriva analităţii, în special dezgustul, blochează efectiv calea spre homosexualitate sau cel puţin către exprimarea sa manifestă. În analizele adulţilor, aceşti bărbaţi apar ca „homosexuali rataţi".

(4) În cele din urmă, „tendinţa la o dezvoltare completă" şi „rezonabilitatea biologică" (Edward Bibring, 1936), care îi fac pe indivizi să prefere normalitatea în locul anormalităţii, pot fi considerate factori de bază împotriva homosexualităţii.

În ansamblu, echilibrul între heterosexualitate şi homosexualitate pe întreaga perioadă a copilăriei, este atât de precar şi indicatorii sunt atât de rapid înclinaţi într-una sau cealaltă dintre direcţii de atât de multe influenţe, încât rămâne încă valabilă opinia conform căreia „orientarea sexuală finală a unei persoane nu este hotărâtă până după pubertate" (S. Freud, 1905, p. 146; notă de subsol adăugată în 1915).

ALTE PERVERSIUNI ŞI DEPENDENŢE DREPT CATEGORII DIAGNOSTICE LA COPIL

Alte categorii care nu pot fi clar folosite la copii sunt perversiunile cum ar fi tansvestismul, fetişismul, dependenţele.

În acestea, ca şi în cazul tuturor *perversiunilor*, motivul este unul evident. În măsura în care sexualitatea infantilă este, conform definiţiei, polimorf perversă, a eticheta anumite aspecte ale sale drept preverse este în cel mai bun caz o folosire imprecisă a termenului, iar în cel mai rău, implică o totală neînţelegere a dezvoltării pulsiunii sexuale. În loc

de a evalua anumite fenomene ale copiilor drept perverse, cum sunt înclinaţi să facă chiar şi analiştii, ar trebui reformulate întrebările diagnostice pentru acele cazuri şi ar trebui să căutăm să aflăm ce tendinţe componente sau în ce condiţii părţi ale acestora au şanse de a persista şi dincolo de copilărie, adică pot fi considerate adevăraţi precursori a perversiunii propriu-zise a adultului.

Cu privire la comportamentul manifest, unele tablouri clinice ale copiilor sunt aproape identice cu acelea ale adulţilor perverşi. Totuşi, această similaritate aparentă nu este necesar să implice şi o identitate metapsihologică corespunzătoare. La adulţi, diagnosticul perversiunii semnifică faptul că primatul genital nu a fost niciodată stabilit sau nu a fost menţinut, adică în cadrul actului sexual propriu-zis, componentele pregenitale nu au fost reduse la rolul lor de factori mai degrabă introductivi sau contributivi. O astfel de definiţie este invalidată când ea se aplică înaintea stadiului de maturitate, adică la o vârstă la care actul sexual nu intră în discuţie şi la care egalitatea între zonele pregenitale şi cele genitale este luată drept sigură. În conformitate, indivizii sub vârsta adolescenţei nu sunt perverşi în sensul adult al termenului şi trebuie introduse diverse puncte de vedere pentru a explica simptomatlogia lor relevantă.

Experienţa clinică sugerează că această simptomatologie poate fi explicată prin devieri de la normele dezvoltării în două direcţii principale, şi anume, cronologică şi cantitativă.

Cronologia este perturbată ori de câte ori zone specifice ale corpului care furnizează stimulare erotică nu funcţionează în interiorul ordinii temporale care corespunde succesiunii normale a dezvoltării libidinale. Pe lângă binecunoscuta apariţie mai târzie a regresiilor, oricare dintre ele poate fi neobişnuit de insistentă în rolul său de a furniza plăcere şi nu păleşte în favoarea zonelor ce urmează pe linia de dezvoltare, conform legilor maturizării. În această privinţă, erotismul pielii la copil reprezintă o ilustrare sugestivă. La începutul vieţii, faptul de a fi mângâiate, atinse şi alintate, libidinizează diferitele părţi ale corpului copilului, ajută la construirea unei imagini corporale şi a unui Eu corporal sănătos, sporeşte investirea acestuia cu libido narcisic şi produce simultan dezvoltarea iubirii de obiect prin cimentarea legăturii între copil şi mamă. Nu există nici o îndoială că în această peioadă, suprafaţa pielii, în rolul său de zonă erogenă, îndeplineşte o funcţie multiplă în creşterea copilului.

Pe de altă parte, aceste funcţii devin redundante în mod normal după prima copilărie. Erotismul pielii îşi schimbă aspectul dacă gratificarea sa rămâne o preocupare majoră a copilului după ce au fost atinse stadiile anal şi falic. Astfel, pielea poate continua să reprezinte o sursă de stimulare erotică, în timp ce fenomenele de descărcare a excitaţiei sexuale s-au modificat în cadrul dezvoltării şi au atins diverse nivele. Un băiat în fază oedipiană, de exemplu, poate tânji după contactul tactil cu mama, dar gratificat în realitate sau în fantasmă îşi descarcă excitaţia prin masturbare falică, similar unui adult pervers care îşi descarcă excitaţia din surse extragenitale pe calea orgasmului genital. Este exact această discrepanţă între sursa de stimulare şi locul descărcării excitaţiei, cea care crează această asemănare cu perversiunea a anumitor situaţii din copilărie.[1]

În ceea ce priveşte aspectul *cantitativ*, devierea de la intensitatea normală a pulsiunilor parţiale, este în mod evident o „variaţie de la normalitate" obişnuită în cadrul naturii polimorf perverse a copilului. În orice moment în timpul copilăriei, oricare dintre tendinţele componente ale sexualităţii infantile sau orice aspect parţial al agresivităţii infantile poate fi neobişnuit de puternic şi poate domina tabloul în mod excesiv sau exclusiv. Aceasta poate fi o chestiune de constituţie înnăscută. Experienţa clinică arată, spre exemplu, că tendinţe orale neobişnuit de puternice sunt adeseori descoperite la copiii dependenţilor, alcoolicilor, sau maniaco-depresivilor. Este de asemenea cunoscut faptul că copiii unor părinţi obsesionali prezintă tendinţe anale excesiv de puternice, deşi în aceste cazuri orice ar fi înnăscut este în mod invariabil întărit de maniera în care adulţii obsesionali gestionează educarea copilului pentru curăţenia anală. Desigur, creşteri în forţa unei pulsiuni parţiale pot fi de asemenea datorate exclusiv influenţelor mediului, cum este gestionarea generală eronată de către părinţi, seducţia, pierderea controlului şi eşecul în ghidare etc. Cel mai frecvent se întâmplă ca motivul de supraintensificare a unei pulsiuni parţiale să rezide în interacţiunea factorilor externi cu unii interni,

[1] Această stare de fapt a fost ilustrată foarte clar în analiza unui băiat tratat de Isabel Paret la Hampstead Child-Therapy Clinic, de la vârsta de doi ani şi jumătate la patru ani şi jumătate. În cazul său a fost posibil să se urmărească rolul jucat în tânjitul copilului după mângâieri, de influenţa seductivă a mediului, adică de dependenţa mamei faţă de acest contact corporal particular cu copilul ei.

cum ar fi slăbiciunea relativă a Eului sau Supraeului în felul în care fac faţă pulsiunilor; sau, dimpotrivă, cum ar fi severitatea excesivă a Supraeului care se exprimă în excesul de activitate defensivă. Un exemplu comun pentru constelaţia menţionată în ultimul caz sunt băieţii falici care trăiesc cu groaza de conflictele lor pasiv-feminine, insuficient refulate. Pentru a îndepărta frica de castrare, care în cazul lor este accentuată de dorinţele de castrare, ei supraccentuează manifest toate tendinţele opuse cu rezultatul că au o aparenţă virilă agresivă şi se dedau frecvent la comportamente *exhibiţioniste* falice. Totuşi, în pofida identităţii comportamentale, diferenţa fundamentală rezidă în faptul că acest tip de exhibiţionism este un dispozitiv al Eului ce serveşte scopurilor de reasigurare şi apărare, pe când tipul adult reprezintă o parte veritabilă a activităţii pulsionale a perversului, orientată spre procurarea satisfacţiei sexuale.

Dependenţa

În cazul dependenţelor, este vorba de asemenea despre creşterea cantitativă a tendinţelor de altfel normale, creştere responsabilă de impresia de comportament „pervers". Se descoperă frecvent copii cărora le plac excesiv dulciurile, aparent în acelaşi fel în care adulţii sunt dependenţi de alcool sau droguri. Ei simt o poftă copleşitoare de dulciuri, folosesc satisfacerea acestei pofte ca pe un antidot împotriva angoasei, deprivării, frustrării, depresiei etc., aşa cum o fac şi adulţii, şi în acelaşi fel ca şi adulţii vor face orice, cum ar fi să mintă sau să fure, pentru a-şi asigura posesia substanţei dorite. Dar, cu toată această similitudine, constelaţia metapsihologică subiacentă acestor manifestări diferă în cele două cazuri. Pasiunea copilului pentru dulciuri este, prin comparaţie, o expresie simplă şi directă a unei pulsiuni parţiale. Aceasta îşi are originea în dorinţe nesatisfăcute sau suprastimulate ale fazei orale, dorinţe care au crescut excesiv şi, prin cantitate, domină expresiile libidinale ale copilului. În viaţa mai târzie, aceste dorinţe sunt în mod obişnuit deplaste de la dulciuri la alte materiale mai mult sau mai puţin inofensive. Ele îşi vor găsi descărcarea în anumite cazuri în băutul excesiv de apă; în alte cazuri în supraalimentare, în bulimie, poate în fumat. Pe latura libidinală, ele se exprimă în preferinţa pentru relaţionări cu obiecte de un tip în mod particular confortabil şi suportiv. Nici una dintre aceste manifestări în sine nu se încadrează în categoria dependenţelor. O dependenţă reală, în sensul adult al termenului, este o structură mai complexă, în care acţiunea tendinţelor pasiv-feminine şi auto-distructive se adaugă dorinţelor orale. Pentru dependentul adult, nevoia de substanţă reprezintă nu doar un obiect sau o materie care este bună, de ajutor şi fortifiantă, cum sunt dulciurile pentru copii, ci şi una pe care o simte simultan ca făcându-i rău, fiind copleşitoare, slăbindu-i puterile, emasculând, castrând, aşa cum sunt chiar alcoolul sau drogurile în cantitate excesivă. Amestecul a două pulsiuni opuse, a dorinţei de putere şi slăbiciune, activitate şi pasivitate, masculinitate şi feminitate, este cel care îl leagă pe dependentul adult de obiectul obiceiului său într-o manieră care nu are nici o paralelă cu ceea ce se întâmplă în cele mai multe din poftele benigne şi pozitiv direcţionate ale copilului.

Transvestismul

Factorii economici ai libidoului au de asemenea rolul lor în distorsionarea şi exagerarea altor anumite înclinaţii care sunt comune tuturor copiilor şi în crearea prin aceasta şi a fenomenului de transvestism, aşa cum este frecvent descoperit în copilărie. Aici, creşterile în intensitate se referă fie la latura masculină, fie la cea feminină a naturii copilului.

Un interes pentru îmbrăcămintea care este potrivită sexului opus sau adulţilor de ambele sexe este o trăsătură obişnuită în copilărie. Jocul foarte popular al „deghizatului" oferă copiilor ocazia de a se imagina pe ei înşişi în rolul tatălui sau al mamei, fratelui sau surorii sau al punerii în joc a oricăreia dintre ocupaţiile care simbolizează pentru ei rolul părinţilor. O umbrelă, un baston, pălăria tatălui sunt suficiente pentru a transforma copilul în persoana tatălui; o poşetă, nişte pantofi şi un ruj, în cea a mamei. Căştile de astronauţi sau de piloţi, şepcile de şoferi, accesoriile vestimentare de Piei Roşii, uniformele de surori medicale sunt jucării convenţionale, concepute pentru a crea copilului iluzia că îşi poate schimba propria personalitate cu cea a acestor figuri admirate, prin posedarea hainelor necesare. Diferenţele de sex sunt cu uşurinţă transgresate în aceste jocuri ale fanteziei, în special de fete, iar articolele de îmbrăcăminte pentru deghizare sunt simboluri ale unor statuturi, la fel de frecvent cât sunt şi simboluri pentru sex.

În afara jocului, pentru fetele în faza invidiei de penis, preferinţa

pentru pantaloni şi alte lucruri de băiat este atât de cunoscută, încât a ajuns să fie considerată drept adecvată vârstei. Aceasta nu dă naştere la îngrijorare decât în situaţiile în care fata refuză complet şi de fapt ajunge incapabilă să accepte îmbrăcămintea feminină, indiferent de ocazie; acest fapt este luat astfel ca un semn că invidia ei de penis, tendinţele ei masculine şi respingerea propriei sale feminităţi au atins un nivel foarte ridicat. Dar chiar şi în aceste cazuri extreme ar fi o greşeală a vedea expresia simptomatică drept paralelă în semnificaţie cu aceea a femeii adulte transvestite. Comportamentul unor astfel de fete nu este o manifestare sexuală propriu-zisă, adică nu este însoţit de masturbare sau fantasme de masturbare şi nu este în nici un alt fel menit furnizării de excitaţie sexuală directă. În loc de aceasta, el serveşte scopurilor de imitaţie şi identificare cu băieţii până chiar la gradul de a-şi asuma rolul lor în comportamentul curent; de apărare împotriva invidiei şi rivalităţii, împotriva auto-deprecierii din sentimentul de castrare şi împotriva vinei de a-şi fi produs presupusa auto-vătămare prin masturbare. În această manieră, „transvestismul" fetei falice este o funcţie a sistemului ei defensiv, la fel de mult pe cât este şi o ieşire pentru partea masculină a bisexualităţii ei înnăscute.

La băieţi, nu există un paralelism complet pentru acest comportament al fetelor. Aparent, în condiţiile noastre culturale, nici o fază de dezvoltare nu dă în mod normal băieţilor dorinţa de a se îmbrăca precum fetele. În cazurile izolate în care survin astfel de comportamente, acestea dau impresia de a fi mult mai anormale şi de obicei îi deranjează pe părinţi ca un semn prevestitor timpuriu al aberaţiei sexuale de mai târziu.

Pe o mică colecţie de cazuri de acest gen[1], se poate demonstra că tabloul clinic este destul de uniform. O dată cu instalarea propriu-zisă a simptomului între vârstele de trei şi cinci ani, comportamentul feminin al băiatului se întinde de la exprimarea dorinţei de a fi fată, dorinţa de a fi strigat pe un nume de fată, jucatul cu fetele şi cu păpuşile lor, botezarea ursuleţului cu nume de fată etc., până la deghizarea propriu-zisă cu lenjeria sau hainele mamei, surorii, îngrijitoarei, cu o preferinţă specială pentru hainele drăguţe, înzorzonate şi extrem de feminine. Dacă îmbrăcămintea feminină nu îi este la dispoziţie, propriile elemente de îmbrăcăminte ale băiatului pot să fie purtate într-o manieră

[1] Acestea au fost observate la Hampstead Child-Therapy Clinic în timpul procedurii diagnostice sau în cursul tratamentului analitic.

care imită bluza strânsă în talie a unei fete, talia subţire a unei tinere femei etc. Uneori rezultatul este deschis afişat, în alte cazuri hainele sunt ascunse în patul băiatului pentru a fi purtate în secret noaptea. Când are loc vreo intervenţie, băiatul îşi raţionalizează comportamentul, sau îl neagă cu vinovăţie, sau chiar „plânge în mod patetic", după cum spune mama, când hainele obţinute în mod nelegitim i-au fost luate.

Circumstanţele exterioare seamănă şi ele una alteia în diferite cazuri. Există, aproape fără excepţie, o presiune către feminitate exercitată din partea mamei care preferă în mod deschis o soră mai mică sau mai mare sau admite că-şi dorea o fată înainte ca băiatul să se nască. Sau, aşa cum a exprimat-o un băiat dintr-un cuplu divorţat că, mamei: „nu-i plac bărbaţii pentru că nu îi place de tata". Frecvent, există o complicitate din partea mamei în privinţa măsurii în care cedează la dorinţa băiatului şi îi cumpără şi lui fuste cu volane sub pretextul „că face pace între frate şi soră" etc. Separarea de o persoană iubită de sex feminin (mama, doica mult-iubită) este o altă circumstanţă externă descoperită repetat şi în mod evident semnificativă.

În funcţie de comportamentul manifest şi de influenţele mediului, variate înţelesuri ale procedurilor transvestismului au fost stabilite în analizele băieţilor. A se îmbrăca precum o fată reprezintă, pentru unii, o căutare a iubirii materne prin deghizarea în sora pretins preferată. La alţii, serveşte la o completă negare a masculinităţii falice a băiatului care îşi imaginează în mod corect sau eronat că nu este bine primită de mamă. La alţii, serveşte păstrării ataşamentului libidinal intern la un obiect de iubire pierdut, prin identificare parţială cu el.

Este adevărat, desigur, că, precum în cazul fetei, comportamentul transvestit al băiatului se bazează pe modificări cantitative ale economiei libidoului său. Fără o întărire excesivă a înclinaţiilor feminine, mândria băiatului în propriile sale veşminte masculine nu ar putea fi anulată şi ar trebui folosite alte manifestări pentru a exprima aceeaşi invidie, gelozie, rivalitate, dorinţă de a face curte mamei, apărare împotriva angoasei de separare etc. Mai mult, comportamentul transvestit al copiilor de ambele sexe ar putea fi explicat probabil în termenii fixaţiei copilului la un nivel la care, o parte a obiectului este acceptată ca substitut al întregului şi unde, în consecinţă, se produc deplasări facile de la corp (masculin sau feminin) la hainele care îl acoperă, adică o fixaţie la o fază de dezvoltare la care simbolismul hainelor a prins rădăcini (Fluegel, 1930).

În privinţa semnificaţiei prognostice a comportamentului transvestit, nu este cazul ca acesta să fie considerat un semn prevestitor mai mult sau mai puţin decât oricare dintre expresiile conflictului bisexual al copilului sau a dizarmoniei sale bisexuale. Exact cum la fete este legat de stadiul invidiei de penis, aşa este şi la băiat legat de feminitatea determinată de fază din perioada pasiv-anală, de complexul oedipian negativ sau de regresia la aceste atitudini. Atâta timp cât serveşte scopului de apărare împotriva angoasei (angoasa de separaţie, frica de pierdere a iubirii, pericole falice), nu există nici un motiv de ne aştepta să persiste mai mult decât faza în care aceste angoase sunt la apogeu. Doar atunci când comportamentul transvestit este în sine o descărcare pentru sexualitatea copilului, adică acolo unde este însoţit de semne clare de excitaţie sexuală, se poate considera ca o adevărată paralelă şi un precursor al perversiunii propriu-zise. Probabil acele situaţii în care activitatea este desfăşurată în secret, noaptea în pat, sunt semnificative în acest domeniu. Dar fără dovada directă furnizată de existenţa erecţiilor, activităţilor masturbatorii etc. în raport cu aceasta, sensul exact al transvestismului în viaţa sexuală a copilului este dificil de evaluat şi verificat, chiar pentru cazurile aflate în analiză.[1]

Fetişismul

Aşa cum a fost prezentat în subcapitolele precedente, comportamentul pervers manifest al copilului poate fi la fel de mult o parte din organizarea sa defensivă şi încercările sale de stăpânire a situaţiei pe cât pot fi şi o expresie a nevoilor sale sexuale. Acest dublu aspect devine şi mai evident în fenomenele descrise drept fetişism la copii, cărora li s-a acordat o atenţie specială în literatura psihanalitică.[2]

Deşi există un dezacord important asupra punctelor esenţiale, cei mai mulţi autori împărtăşesc opinia că deşi „fetişismul din copilărie seamănă cu fetişismul adulţilor", aşa numitul fetiş al copilului este „mai degrabă un stadiu într-un proces care poate conduce sau nu la fetişismul adult" (Sperling, 1963). Wulff (1946) a exprimat foarte răspicat acest fapt când a spus că aceste „manifestări anormale... în perioada

[1] În legătură cu aceasta vezi de asemenea discuţia lui Charles Saarnoff (1963) asupra lucrării Melittei Sperling, „Analiza unui băiat transvestit".
[2] Vezi Melitta Sperling (1963), „Fetişism la copii", cu bibliografia ataşată.

preoedipiană nu sunt în structura lor psihologică altceva decât simple formaţiuni reacţionale la un impuls instinctual inhibat sau negratificat", sau când el afirmă că „în timp ce manifestările fetişiste la copilul mic nu sunt deloc neobişnuite", structura lor psihologică „este una diferită" la fetişismul adult. Aici, ca şi în situaţiile descrise mai sus, este evident că folosirea aceluiaşi termen atât pentru manifestările infantile, cât şi pentru cele ale adultului, conduce la presupunerea eronată că similaritatea de comportament între cele două îşi are perechea într-o identitate metapsihologică corespunzătoare.

Ceea ce copilul are în comun cu adultul fetişist este tendinţa de a investi anumite articole sau anumite părţi ale propriului corp sau al corpului unei alte persoane cu mari cantităţi de libido atât narcisic, cât şi obiectal. Pe intensitatea acestei investiri, articolul sau partea de corp îşi asumă statutul unui obiect parţial sau satisfăcător-al-nevoii şi devin indispensabile individului. În psihopatolgia adultului, această situaţie este binecunoscută analistului. La adultul fetişist, obiectul parţial simbolizat de fetiş a fost recunoscut ca penisul imaginar al mamei falice de care individul este ataşat pentru satisfacerea sa sexuală. În ceea ce priveşte homosexualul pasiv, am remarcat mai devreme că penisul partenerului masculin în sine poate primi statutul de fetiş, reprezentând atributele masculine proprii individului care au fost deplasate asupra altui bărbat. Şi în acest caz, excitaţia sexuală şi gratificarea sexuală sunt indisolubil ataşate fetişului, care este compulsiv căutat şi în absenţa căruia individul se simte lăsat fără satisfacţie sexuală, deprivat şi castrat.

În această privinţă, diferenţa între fetişul propriu-zis al adultului şi obiectul fetiş suprainvestit al copilului, ajunge pe cele mai înalte culmi. În timp ce fetişul adultului serveşte unui singur scop şi joacă un rol central în viaţa sexuală a perversului, obiectul fetiş al copilului are o varietate de înţelesuri simbolice şi serveşte unei varietăţi de scopuri ale Sinelui şi ale Eului, ambele schimbându-se în funcţie de faza de dezvoltare care a fost atinsă. La vremea suptului şi a înţărcatului, de exemplu, orice articol (cum ar fi o jucărie), poate deveni suprainvestit şi indispensabil, deoarece serveşte, pe de o parte, plăcerii orale a bebeluşului şi, pe de alta, previne şi atenuează apariţia angoasei de separare prin garantarea unei permanenţe neîntrerupte a gratificării. Conform lui Wulff (1946), valoarea fetişului în aceste momente constă în faptul că „reprezintă un substitut al corpului mamei şi în mod special al sânului matern". În stadiul următor, articolul suprainvestit,

reprezentat de obicei de o jucărie moale, o pernă, o păturică etc., devine un „obiect tranziţional" (Winnicott, 1953), încărcat atât cu libido narcisic, cât şi obiectal, care, pentru scopurile distribuţiei libidoului, face o punte peste golul dintre copilul însuşi şi persoana mamei. Conform lui Winnicott, aceste fenomene, deşi permise şi aşteptate de mamă, sunt inerente în natura copilului şi, astfel, sunt „părţi ale dezvoltării emoţionale normale". Conform cu Melitta Sperling (1963), ele sunt „manifestări patologice ale unei tulbuări specifice în relaţia de obiect" şi sunt direct influenţate şi susţinute de sentimentele inconştiente şi de atitudinile manifeste ale mamei.

În momentul dificultăţilor la adormire ale copilului mic, aceste obiecte „tranziţionale" sau „fetiş" joacă un rol deosebit de util în stabilirea condiţiilor premergătoare adormirii, şi anume retragerea interesului din lumea obiectală şi orientarea lui asupra Selfului. Există mulţi copii care nu se pot culca decât în strânsă apropiere cu preţioasa posesiune şi care devin profund supăraţi dacă se pierde sau rătăceşte; şi în asemenea ocazii, multe mame o caută frenetic, ca răspuns la evidentul sentiment de deprivare al copilului. Melitta Sperling ridică problema de ce copilul ar trebui să ajungă aşa de dependent de un articol fără valoare în sine, care „devine mai important pentru el decât mama însăşi", şi ea conlude că aceasta nu s-ar putea întâmpla fără complicitatea activă a mamei. Noi ajungem la un răspuns diferit dacă (în acord cu Winnicott) acordăm suficientă pondere proprietăţilor calmante ale obiectului tranziţional, în care avantajele iubirii de sine sunt combinate cu avantajele iubirii de obiect; mai mult decât atât, ale importanţei sale ca posesiune permanent controlată, în contrast cu mama, care nu este sub controlul copilului şi ale cărei veniri şi plecări, apariţii şi dispariţii independente ameninţă copilul cu un sentiment de insecuritate şi suferinţă datorate despărţirii. Împotriva viziunii că mama ar avea un rol „în geneza comportamentului fetişist şi în alegerea fetişului" (Sperling, 1963), se poate afirma că toate sugestiile din partea sa vor rămâne ineficiente dacă nu coincid cu oscilările determinate de dezvoltare, între autoerotism, narcisism şi iubire de obiect.

Există multe privinţe, mai puţin evidente, în care obiectul fetiş este legat de alte aspecte ale sexualităţii polimorf perverse a copilului. Calităţi specifice, cum ar fi textura, leagă obiectul fetiş cu erotismul timpuriu al pielii bebeluşului, care îi serveşte drept articol ce poate fi frecat ritmic, mângâiat, atins etc. Mirosul acestuia, în special orice fel de miros corporal formează o legătură importantă cu practicile transvestitului, în care fetişul este utilizat pentru a determina tipul de haine sau lenjerie care va fi folosit pentru îmbrăcare. În faza sadismului anal, jucăriile moi ca obiecte tranziţionale servesc la exprimarea deplină a ambivalenţei extreme prin oferirea unei descărcări sigure pentru succesiunea de sentimente de iubire şi ostile, îndreptate spre unul şi acelaşi obiect. Doar în timpul fazei falice (Wulff, 1946) fetişul ajunge în cele din urmă să fie identificat cu penisul propriu al copilului, al tatălui sau cu cel imaginar al mamei.

Cât de mult este acest pseudo-fetişism al copilăriei un stadiu premergător şi un precursor al perversiunii reale de mai târziu, rămâne o întrebare deschisă, la care până acum nici un autor nu a reuşit să răspundă într-un mod satisfăcător. Din perspectiva analizelor cazurilor de adulţi relevante, nu există nici o îndoială asupra originilor timpurii ale fetişului lor şi a naturii sale persistente, indiferent de faptul că este reprezentat de un membru, un articol sau un tip specific de îmbrăcăminte, pantof sau mănuşă sau, într-un caz particular de fetişism al adultului[1], de un sunet, prima producere a căruia putând fi legată retrospectiv de mamă.

Din punctul de vedere al experienţei clinice cu copiii, este la fel de evident că numărul de fetişuri din copilărie este mult mai mare decât cel al adevăraţilor fetişişti de mai târziu, ceea ce înseamnă că multe fenomene infantile fetişiste sunt legate de anumite faze speciale ale dezvoltării, şi dispar atunci când nevoile speciale ale Sinelui şi Eului pe care le servesc, au fost depăşite.

Aşa cum am menţionat mai sus în cazul transvestismului, formele de practică ce sunt cel mai aproape de perversiunea adultului, şi prin urmare mai predispuse să persiste, sunt acelea în care nu Eul şi apărarea contează, ci nevoile pulsionale sunt de primă importanţă, adică acelea care de la început sunt însoţite de semne evidente de excitaţie sexuală şi servesc ca o descărcare majoră în jurul căreia este organizată întreaga viaţă sexuală a copilului. În literatura consacrată nu lipsesc astfel de decrieri de caz.[2]

[1] Analizat de autor.

[2] Vezi Melitta Sperling (1963). O ilustrare ulterioară este cazul unui băiat de patru ani relatat de Anna Freud şi Sophie Dann (1951). Acest băiat era orfan, crescut fără un substitut de mamă şi care a trecut la suptul şi masturbarea compulsive,

Prognosticul asupra evoluției

Având în vedere numeroasele elemente implicate, nu este posibil să se prevadă cu acuratețe care va fi soarta ulterioară a unei tendințe componente care a deviat de la normă, într-unul sau altul dintre modurile descrise. Rămâne o întrebare deschisă, anume dacă tendința va urma cursul normal până la urmă și se va așeza sub primatul genitalității sau va rămâne independentă și va deveni, în consecință, nucleul adevăratei perversiuni. Nu există nici o certitudine despre soarta sa ultimă până înainte de adolescență. Chiar și atunci rezultatul va depinde de o serie de influențe cum sunt următoarele:

– dacă pulsiunea genitală care se instalează la pubertate este puternică sau slabă, respectiv capabilă sau incapabilă de a domina tendințele pregenitale;

– dacă acea cantitate de libido care a rămas în urmă la punctele de fixație pregenitale exercită o atracție regresivă atât de puternică încât să interfere și să slăbească genitalitatea;

– dacă dorința progresivă de a fi „mare“ și adult depășește în cadrul personalității atracția regresivă a satisfacțiilor timpurii;

– dacă lumea obiectală oferă ocazii de gratificare a sexualității adulte a individului sau primele mișcări genitale întâlnesc frustrarea etc.;

Acești factori cantitativi, adăugați la unii calitativi sunt cei care fac prognosticul evoluției finale dificil și incert.

autoerotism și obiecte fetiș pentu satisfacerea proprie. „Când sugea, întreaga sa pasiune era concentrată asupra ștergarelor sau asupra prosoapelor pe care le sugea în timp ce acestea erau agățate de cuierele lor... el trata babețelele folosite ale celorlalți copii ca pe fetișuri, le freca într-un mod ritmic de nasul său în timp ce sugea, strângând în brațe toate cele șase babețele sau presând una sau mai multe între picioarele sale. Când era într-o plimbare, aștepta uneori cu nerăbdare, cu o excitație pasionată aceste extazuri, se precipita spre sala de mese sau spre camera lui, exclamând voios: «Babețică... babețică!» (p. 149). Excitația falică a băiatului și masturbarea ce o însoțea erau neîndoielnice. Pe de altă parte, fetișul în sine nu avea în mod evident nici un înțeles falic, iar faptul că rămânea indiferent la aceleași babețele când erau proaspăt spălate, sugera că excitația sa erotică era derivată de la mirosul probabil legat cu o situație de hrănire timpurie.“

CAPITOLUL 6
Posibilitățile terapeutice

Într-o clinică psihanalitică pentru copii[1], întreaga gamă de tulburări ale copilului se prezintă pentru investigare diagnostică având o cerere de tratament. La o extremă, avem dificultățile de dezvoltare cele mai comune, eșecuri și supărări de ordin educativ, întârzieri și opriri în dezvoltarea intelectuală și, trecând prin cazurile de seducție și traumă, și nevroză infantilă propriu-zisă, până la cealaltă extremă, unde avem defecte ale Eului grave și atipice, disfuncții libidinale severe, tulburări de limită, stări autiste și psihotice, adolescenți delicvenți sau aproape schizofreni etc.

În cazurile care au fost selecționate în vederea unei psihanalize a copilului, activitatea alternează între terapie și cercetare, fiecare scop predominând asupra celuilalt în diferite grade, la diferite momente și în diferite situații. Există cazuri în care, după o cunoaștere mai profundă, terapeutul se îndoiește că s-ar mai fi recurs la analiză, dacă lucrul preventiv cu părinții ar fi fost făcut la momentul potrivit, dacă s-ar fi creat oportunități de educare corectă, sau dacă ar fi fost evitate cele mai nocive interferențe din partea mediului. Există apoi acele cazuri în care el se simte aproape la fel de sigur pe diagnostic, cât și pe oportunitatea metodei analitice, dacă aceasta este corect aplicată. Dar există de asemenea cazuri în care analistul nu are în față altceva decât necunoscute, neavând nici o certitudine asupra posibilităților terapeutice. În aceste ultime situații, terapeutul trebuie să fie încrezător în convingerea că analiza copilului oferă ocazii unice de explorare a psihopatologiei specifice. În mod evident, nici o tulburare nu poate fi corect clasificată, sau potrivită cu indicația de tratament, înainte ca factorii responsabili genetici, dinamici și economici-libidinali să fi fost clarificați.

Acolo unde analiza eșuează în a aduce îmbunătățiri, vina este de obicei atribuită nu psihopatologiei cazului, ci circumstanțelor externe defavorabile, cum ar fi lipsa de experiență sau de înzestrare a terapeutului, lipsa de cooperare a părinților, timpului insuficient alocat procesului analitic,

[1] Așa cum este Hampstead Child-Therapy Clinic.

întreruperile datorate bolilor fizice, supărărilor de acasă, schimbarea terapeutului etc. Acolo unde analizele reuşesc, fie în parte, fie complet, competenţa acesteia este luată drept sigură, şi nu ne ajunge surpriza că de o procedură atât de clară şi limitată cum este analiza copilului beneficiază o gamă atât de largă de tulburări, în multe situaţii complet diferite una de cealaltă în ceea ce priveşte originea şi structura lor.

TERAPIA PSIHANALITICĂ CLASICĂ PENTRU ADULŢI: EXTINDERE ŞI DEFINIŢIE

Terapia psihanalitică a fost originar concepută pentru a se potrivi nevoii nevroticilor adulţi şi, asemănător, prima adaptare a metodei la copii s-a făcut la nevroze infantile.[1] De atunci, în domeniul adulţilor, scopul terapiei analitice a fost lărgit[2] şi, cu modificări[3] minore, serveşte acum, pe lângă nevroze, altor categorii de tulburări cum ar fi psihozele, perversiunile, dependenţele, delicvenţa etc. Din nou, analiza copilului a ţinut pasul şi şi-a extins câmpul său de aplicaţie în aceleaşi direcţii.

În psihanaliza adultului, deţinem o literatură de specialitate extinsă şi în creştere constantă care tratează metoda psihanalitică, elementele pe care le conţine şi procesul terapeutic pus în mişcare de aceasta.[4]

[1] În afară de Melanie Klein şi adepţii ei care au inclus cazurile cu defecte severe ale Eului şi psihozele printre pacienţii lor, chiar de la început.

[2] Vezi Symposium (1954) sub acest titlu.

[3] Sau „parametrii" conform lui K. R. Eissler (1953).

[4] Mai degrabă decât să citez numărul mare de autori individuali voi enumera aici o serie de Simpozioane şi discuţii Panel în care a fost tratat subiectul:

1936 Congresul Internaţional de Psihanaliză, Marienbad: „Teoria rezultatelor terapeutice ale psihanalizei" (Glover, Fenichel, Strachey, Bergler, Nunberg, E. Bibring). Pentru contribuţiile individuale, vezi Symposium (1937).

1952 Asociaţia Americană de Psihanaliză, Întâlnirea de iarnă, New York: „Tehnica psihanalitică tradiţională şi variaţiile sale" (Orr, Greenacre, Alexander, Weigert). Pentru o prezentare a discuţiilor Panel, vezi Zetzel (1953). Pentru lucrările individuale, vezi Panel (1954a).

1953 Asociaţia Americană de Psihanaliză, întâlnirea anuală, Los Angeles: „Psihanaliză şi psihoterapie dinamică" (E. Bibring, Gill, Alexander, Fromm-Reichmann, Rangell). Pentru o prezentare a discuţiilor Panel, vezi Rangell (1954). Pentru lucrările individuale, vezi Panel (1954b).

Putem extrage din aceste publicaţii o serie de definiţii ale scopului terapiei analitice, după cum urmează:

că „este unul dintre scopurile analizei acela de a schimba interrelaţiile între Sine, Eu şi Supraeu" (Bibring [Symposium, 1937]);

că „terapia analitică induce Eului să oprească sau să modifice apărările... , să tolereze derivate ale Sinelui care sunt din ce în ce mai puţin distorsionate" (Fenichel [Symposium, 1937]);

că „analiza influenţează Supraeul spre creşterea toleranţei acestuia" (Strachey [Symposium, 1937]);

că „scopul analizei este o modificare intrapsihică la pacient" (Gill [Panel, 1954b]);

că „scopul analistului este de a furniza pacientului insight, astfel ca el să-şi poată rezolva prin el însuşi conflictele nevrotice – astfel realizând schimbări permanente în Eul, Sinele şi Supraeul său şi, prin aceasta, extinzând puterea şi suveranitatea Eului" (Greenson [Symposium, 1958]);

Există o unanimitate deplină printre aceşti autori (şi mulţi alţii care nu sunt citaţi aici) asupra faptului că principalele efecte terapeutice ale psihanalizei sunt o schimbare în echilibrul de forţe între Sine, Eu şi Supraeu, o creştere a toleranţei fiecăreia faţă de scopurile celeilalte şi, prin aceasta, a armoniei între ele. Aceasta presupune desigur ideea că în tulburările aflate în tatament, conflictul intrapsihic constituie agentul patogen principal şi că, comparativ cu importanţa majoră a acestui factor unic, alţii, cum ar fi relaţii interpersonale nereuşite (R. Waelder [vezi Zetzel, 1953]) ocupă un loc secundar. Procedurile terapeutice sunt valorizate astfel, conform gradului în care servesc acestei intervenţii.

TERAPIA PSIHANALITICĂ PENTRU COPII: PRINCIPIILE SALE

Deşi nici una dintre formulările citate mai sus nu au fost făcute având psihanaliza copilului în minte, ele sunt totuşi relevante pentru analistul

1954 Congres ţinut la Arden House, New York: „Extinderea câmpului de indicaţii pentru psihanaliză" (Stone, Jacobson, A. Freud). Pentru contribuţiile individuale, vezi Symposium (1954).

1957 Symposium, Congresul Internaţional de Psihanaliză, Paris: „Variaţii în tehnica psihanalitică clasică" (Greenson, Loewenstein, Bouvet, Eissler, Reich, Nacht). Pentru contribuţiile individuale, vezi Symposium (1958).

de copii, în măsura în care îl incită să reexamineze condiţiile premergătoare practicii sale clinice şi să determine zonele în care aceasta este legitimă. Ceea ce trebuie ca el să definească mai bine sunt relaţiile între conflictul intrapsihic, psihopatologia din copilărie şi terapia analitică a copilului. De fapt, ar fi justificat să se considere analiza copilului ca echivalentă analizei adultului doar dacă cele două metode, în afara tehnicii, ar avea un domeniu comun de aplicaţie şi scopuri terapeutice comune.

Conflictul intrapsihic în analiza copilului

CONFLICTELE „NORMALE" ALE COPILĂRIEI ŞI ANALIZA

Aşa cum s-a discutat în capitolele anterioare, conflictele intrapsihice sunt subproduse normale ale dezvoltării structurale, comune tuturor indivizilor care au progresat în dezvoltare dincolo de nivelul primitiv al non-diferenţierii. Ele apar imediat ce Eul şi Supraeul sunt suficient de diferenţiate, primul faţă de *Sine*, următoarele între ele, şi imediat ce fiecare începe să îşi urmăreşte propriile scopuri.

În condiţii normale, acestor dizarmonii interioare determinate de procesul de dezvoltare le face faţă Eul însuşi al copilului, asistat de ajutorul, de susţinerea şi ghidarea asigurate de părinţi. Când acestea din urmă sunt insuficiente şi suferinţa copilului este considerabilă, poate fi solicitat ajutorul analistului de copii care, prin clarificare, verbalizare şi interpretare constant folosită, reduce angoasele o dată cu apariţia lor, dizolvă apărările invalidante înainte de a deveni patogene şi deschid sau păstrează deschise descărcări ale activităţii pulsionale, care aduc uşurare. Acestea ajută copilul să-şi păstreze un echilibru mai bun în timpul trecerii prin variatele stadii de dezvoltare, iar pe această situaţie se bazează ideea, emisă în mod frecvent, că toţi copiii ar putea beneficia de analiză, şi nu doar cei perturbaţi în mod manifest. Analistul de copii nu îşi poate totuşi opri gândul că, aici, metoda terapeutică este pusă în slujba unei sarcini care în mod normal ar trebui îndeplinită, pe de o parte, de Eu şi, pe de alta, de părinţii copilului.

TULBURĂRILE DE DEZVOLTARE ŞI ANALIZA

Situaţia este diferită în acele cazuri în care o inegalitate a dezvoltării pulsiunilor şi a Eului afectează în mod serios echilibrul intern într-una sau în cealaltă direcţie.[1] Aşa cum a mai fost descris, copiii cu o dezvoltare accelerată a Eului şi Supraeului încearcă o suferinţă extremă când sunt confruntaţi cu propriile lor impulsuri crude, agresive, orale şi anale. Deşi ele pot fi adecvate fazei din punctul de vedere al dezvoltării pulsionale, ele nu sunt considerate astfel din punctul de vedere divergent al Eului, fiind puse în mişcare apărări împotriva lor. Aceeaşi suferinţă, din motive opuse, s-a observat că apare când progresul Eului este încetinit în comparaţie cu cel al pulsiunilor; Eul este atunci incapabil să facă faţă impulsurilor pregenitale care îl invadează.

În aceste cazuri, decizia de a se folosi sau nu terapia psihanalitică nu este de asemenea una foarte clară. Până la urmă, progresul Sinelui şi cel al Eului îşi pot restabili echilibrul reciproc, chiar în absenţa terapiei. Pe de altă parte, dezechilibrul poate fi excesiv şi, în acest caz, efectele sale pot persista şi produce un rău permanent caracterului şi personalităţii. Analiza copilului poate preveni acest lucru şi, prin atenuarea conflictelor, să acţioneze nu doar ca o măsură terapeutică, ci şi ca una preventivă în cel mai adevărat sens al cuvântului.

Diagnosticianul se regăseşte confruntat aici cu o sarcină dificilă, aceea de a aprecia evoluţia unui proces de dezvoltare care este încă incomplet.

NEVROZELE INFANTILE AVÂND CA INDICAŢIE TERAPEUTICĂ ANALIZA

În raport cu nevrozele infantile nu apar în discuţie nici una dintre aceste dificile decizii (Categoria diagnostică 3) şi în acest domeniu terapeutic analistul de copii se poate simţi în largul său. Având conflictele complexului oedipian drept cauza declanşatoare şi simpomatologia nevrotică explicată prin formula clasică, pericol→angoasă→regresie permanentă la punctul de fixaţie→respingerea impulsurilor

[1] Vezi cap. 4

pregenitale reactivate→apărare→formaţiune de compromis, nevrozele infantile nu numai că se apropie de tulburările corespondente ale adulţilor, prin identitate metapsihologică, ci oferă de asemenea şi analistului un rol în terapie care este similar cu cel din terapia adultului. El îşi poate asuma rolul unui camarad pentru Eul pacientului care este acceptat ca atare de copil în anumite condiţii favorabile.

La întrebarea de la ce vârstă Eului copilului este suficient de matur pentru a-şi dori tratamentul, se poate răspunde, pentru nevrozele infantile, prin referire la formarea simptomului: un Eu care rezistă pulsiunilor suficient cât să edifice pe ele compromisurile nevrotice, dovedeşte prin asta intenţia de a-şi menţine poziţiile şi îşi demonstrează, prin urmare, cel puţin în teorie, voinţa sa de a accepta ajutor din afară, pentru a reuşi.

În pofida faptului discutat mai sus că suferinţa creată de simptome nu este acelaşi indicator diagnostic la copii ca la adulţi, mulţi copii nevrotici sunt motivaţi pentru a cere o terapie de suferinţa lor, adică de disconfortul corporal şi de durerea cauzată de supărarea psihică stomacului şi digestiei, de erupţiile cutanate, astm, dureri de cap, tulburări de somn etc.; de pierderea libertăţii de acţiune şi a inabilităţii de a face ceea ce ceilaţi copii pot face şi de excluderea plăcerilor lor în cazul fobiilor de şcoală, stradă sau animale; de sentimentul de a fi la dispoziţia unei forţe necunoscute şi directive care impune acţiuni fără sens, în cazul ritualurilor şi obsesiilor etc.

În mod ocazional, aceste sentimente sunt deschis verbalizate de copii, cum ar fi în exemplul unui pacient băiat în vârstă de patru ani şi jumătate, spunând analistului său după un atac al comportamentul său ritualic compulsiv: „Acum cel puţin poţi vedea ce mă forţează grijile să fac“, exprimând prin asta neajutorarea cumplită trăită de Eul său în această situaţie; sau de o fetiţă de şase ani, în toiul unei severe fobii de şcoală, care i-a spus mamei ei: „să ştii, de fapt nu este că eu nu vreau să mă duc la şcoală, ci pur şi simplu nu pot“; sau de către o fată în perioada de latenţă, cea mai mare într-o familie numeroasă, cu dificultăţi caracteriale legate de invidia de penis, gelozie, vinovăţia în raport cu masturbarea, care a fost auzită cântând de una singură: „Toţi ceilalţi copii sunt buni şi doar eu sunt rea. De ce sunt oare eu aşa rea?“. Ea, la fel ca şi ceilalţi, exprima prin aceasta prăpastia pe care o simţea între idealul său despre ea însăşi, cerinţele Supraeului şi Eul său neajutorat, împreună cu nedumerirea asupra problemei de ce ea, singură, nu putea

face nimic pentru a remedia această situaţie (vezi de asemenea Bornstein, 1951).

Analistul de copii nu se poate aştepta, în mod natural, ca astfel de insighturi să furnizeze pentru copil mai mult decât o apropiere iniţială de terapie. Diferit de interferenţele normale prin rezistenţă şi transfer, nu se poate conta pe faptul că astfel de sentimente persistă mult timp la un copil, sau că acestea oferă o bază sigură pe care să ne stabilim tehnica.

Despărţirea Eului într-o porţiune care observă şi o porţiune observată vine în ajutorul pacienţilor adulţi pentru lungi perioade de timp în analizele lor, îi asistă în procesul de perlaborare, şi este complet ştearsă doar în furtunile cele mai rele ale nevrozei de transfer. Această atitudine în care o parte a Eului se identifică cu analistul, împărtăşeşte cu acesta înţelegerea crescândă şi ia parte la efortul terapeutic, a fost convingător descrisă de Richard Sterba (1934).

O astfel de introspecţie, care este o capacitate normală a Eului adultului, nu este prezentă la copii. Copiii nu-şi examinează gândurile şi evenimentele interne, cel puţin cei care nu sunt obsesionali. În acest caz, această despărţire particulară este mai degrabă una dintre multele tendinţe de a fi divizat în interior, cum ar fi ambivalenţa crescută, tendinţa la izolare, nevoia de a exploata autocritica şi vina în scopuri masochiste etc, ceea ce vrea să spună că în aceste cazuri introspecţia serveşte unor scopuri patologice, mai degrabă decât unora constructive. Cu excepţia acestor cazuri, copiii nu sunt înclinaţi să se ia pe ei înşişi ca obiect de observaţie sau să inventarieze cu sinceritate evenimentele din propria minte. Curiozitatea lor naturală este deviată de la lumea internă spre cea externă şi, în mod obişnuit, nu se întoarce în direcţia opusă până la pubertate, când, în anumite tipuri de autoexaminare juvenilă[1] şi introspecţie excesivă, poate apărea ca un ingredient dureros al procesului adolescenţei.

În perioada preoedipiană, oedipiană şi de latenţă, această obişnuită lipsă de percepţie a lumii interne va servi şi refractarităţii copilului de a trăi în mod consecvent vreun conflict drept intrapsihic. În acest punct întră în joc mecanismul externalizării[2], aplicat nu doar asupra analistului.

Este binecunoscut faptul că mulţi copii, după ce îşi depăşesc într-o

[1] Nu în cazul tipului delicvent, desigur.

[2] Vezi Cap. 2

direcţie sau alta propriile standarde interne, scapă de sentimentele rezultante de vină prin provocarea părinţilor la a-şi asuma rolul de autoritate critică sau corectivă, externalizare a unui conflict cu Supraeul ce este responsabilă pentru multe dintre actele de nesupunere, altfel inexplicabile, ale copilului. Aceasta se referă în special la copiii în perioada de latenţă, cu un conflict activ în raport cu masturbarea şi care, după fiecare irupţie şi satisfacere a nevoilor lor sexuale, nu ştiu ce să mai facă pentru a-şi pune lumea adulţilor în cap, printr-un comportament provocator. Pe tărâmul dissocialităţii este de asemenea un fapt familiar ca o conştiinţă încărcată de vină, nu numai să urmeze actului delicvent, ci, foarte frecvent, să preceadă şi să motiveze delicvenţa. În toate aceste cazuri, faptul de a fi criticat, acuzat sau pedepsit de o instanţă exterioară, acţionează ca o uşurare în conflictul intern cu Supraeul.

Conflictele cu pulsiunile sunt tratate similar. Tendinţele periculoase cu origine preoedipiană şi oedipiană, cum ar fi impulsurile orale şi anale, dorinţele inconştiente de moarte a fraţilor, ostilitatea faţă de părintele rival sunt deplasate şi externalizate, sau proiectate asupra figurilor din lumea reală. Acestea din urmă sunt de aici înainte transformate în seducători şi persecutori cu care copilul poate să se angajeze într-o bătălie externă. Mecanismele folosite aici sunt bine cunoscute din fobiile infantile (de şcoală, stradă, animale) în care, prin deplasare şi externalizare, întregul câmp intern de bătălie este preschimbat într-unul extern.

Din nefericire pentru analistul de copii, această tendinţă de a externaliza conflictele interioare are o influenţă covârşitoare asupra aşteptărilor copilului cu privire la terapie. Acolo unde nevroticul adult aşteaptă ca alinarea să vină din schimbările din sine însuşi, pe care este dornic să le facă în consecinţă, copilul îşi agaţă speranţele de puterea mai mare a terapeutului de a efectua schimbări în mediu, în măsura în care acesta din urmă a fost folosit pentru a personifica instanţelor interne ale copilului, aflate în conflict.[1]

În acest sens, o schimbare a şcolii, îndepărtarea de profesorul temut sunt aşteptate de copil ca remediu la ceea ce sunt în realitate sentimentele sale de vinovăţie; sau separarea de un tovarăş „rău" este aşteptată să pună capăt tentaţiilor, ignorând faptul că acestea apar din impulsurile şi

[1] Vezi Cap. 2, Rezistenţe.

fantasmele sexual-agresive proprii; sau îndepărtarea de colegii de clasă care îl intimidează, ca să remedieze ceea ce în realitate reprezintă propriile înclinaţii pasiv-masochiste. Terapeutul care refuză, pe bună dreptate, să accepte acest rol pe care pacientul încearcă să i-l impună, se va schimba rapid în ochii copilului dintr-un partener, într-un adversar.

Părinţii înclină destul de frecvent să-şi urmeze copiii în preferinţa pentru schimbarea mediului, mai degrabă decât pentru schimbarea de ordin intrapsihic.

Lipsa de introspecţie a copilului şi intuiţia sa în consecinţă redusă asupra propriilor dificultăţi nevrotice nu este identică cu acele rezistenţe împotriva analizei ce pot fi înţelese şi interpretate în cadrul ataşamentelor sale emoţionale şi în cadrul transferului. Lipsa de introspecţie este o atitudine generală a Eului, caracteristică copilăriei, şi la care copilul aderă ca la o măsură preventivă eficientă împotriva durerii psihice. Aceasta va fi abandonată doar în identificarea cu un adult de încredere şi doar în alianţă cu el, iar refractaritatea va fi înlocuită de o privire mai onestă către lumea interioară.

În acest punct, obiecţia care poate fi ridicată este aceea că negarea naturii intrapsihice a conflictului nu aparţine exclusiv copilului, ci este folosită ca apărare şi de mulţi adulţi. Acest fapt este adevărat, dar, din fericire pentru analistul de adulţi, aceia care folosesc acest tip de apărare nu sunt de obicei aceia care aleg să înceapă un tratament analitic. Operând pe un nivel infantil în această privinţă, ei preferă de asemenea să se „trateze" prin mijloace externe, adică prin punere în practică, sau mai degrabă în act, în mediu. Faptul că pacientul trebuie să se supună unei proceduri şi să înfrunte cerinţe care nu au fost alese cu bună ştiinţă şi nici din proprie voinţă reprezintă o dificultate specială rezervată analistului de copii.

O SUBSPECIE A NEVROZELOR INFANTILE ÎN ANALIZĂ[1]

Acolo unde copilul nu îşi rezolvă conflictul său cu pulsiunile prin mijloacele nevrozei infantile propriu-zise, ci îndepărtează dezacordul prin micşorarea în întregime a standardelor Eului (aşa cum se întâmplă

[1] Vezi categoria de disgnostic 4.

în infantilism, tulburările atipice, anumite reacţii dissociale),el este mulţumit cu deteriorarea sa, în aceeaşi manieră în care adulţii sunt mulţumiţi cu perversiunile, delicvenţa sau infracţionalitatea[1] lor.

În maniera adultului, copilul simte atunci că intervenţia psihanalitică este indezirabilă şi reprezintă un perturbator al unei stări de linişte interioară. Aceasta plasează analistul în poziţia paradoxală în care, pentru a trata copilul, trebuie să alimenteze (şi să întâmpine) tocmai conflictele Sine-Eu pe care el încearcă să le rezolve atunci când tratează nevroze infantile.

În istoria analizei copilului, această constelaţie particulară a fost de două ori luată în serios, suficient cât să justifice introducerea unor parametrii tehnici specifici. August Aichhorn (1925, 1923-1948) a exprimat punctul de vedere că nu putea progresa în tratamentul tinerilor delicvenţi atâta timp cât aceştia se revoltau împotriva mediului şi a lui şi subscriau propriilor lor înclinaţii dissociale. Prin alimentarea ataşamentului (narcisic) şi identificare mai întâi cu el însuşi ca persoană şi apoi cu sistemul său de valori, a schimbat propriile lor standarde ale Eului şi prin asta a introdus o dizarmonie în cadrul structurilor lor. Cu propriile lui cuvinte, când acest fapt s-a întâmplat, „delicventul s-a schimbat (înapoi) într-un nevrotic" care poate acum răspunde la tratamentul psihanalitic mai mult sau mai puţin conform standardelor obişnuite. În sensul folosit mai sus, el privea prezenţa unui conflict intrapsihic ca o condiţie absolut necesară pentru aplicarea analizei clasice.

Aşa numita „fază introductivă", sugerată de mine în 1926, a avut o temă similară (pe lângă furnizarea une prime intrări în intimitatea lumii pacientului copil). Deşi greşit înţeles de mulţi colegi ca o intervenţie „educaţională", adică un instrument care aduce ameliorări nejustificate ale transferului, scopul real al acesteia a fost de a sensibiliza copilul la propriile dizarmonii interioare prin inducerea unei stări favorabile a Eului în vederea perceperii acestora. Raţiunea subiacentă a fost convingerea mea conform căreia conflictul intrapsihic trebuie reintrodus în interiorul structurii şi trăit de copil înainte ca interpretarea analitică să poată fi acceptată şi să devină astfel eficientă. În practica actuală, interpretarea susţinută a apărărilor serveşte aceluiaşi scop de confruntare Sine-Eu.

[1] Vezi cap. 4, Regresii permanente.

REZUMAT

Este evident din cele prezentate anterior că în privinţa tuturor conflictelor din copilărie, fie ele tranzitorii şi ţinând de dezvoltare, fie permanente şi propriu-zis nevrotice, tulburarea şi tratamentul analitic sunt potrivite una celeilalte. Dincolo de binecunoscutele îmbunătăţiri iniţiale ce ţin de transfer, şi care nu ar trebui să iluzioneze nici pe analist şi nici pe părinţi, este posibil de cele mai multe ori ca fiecare îmbunătăţire să poată fi legată în detaliu de interpretările materialului, rezistenţei (apărării) şi repetiţiei în transfer, aşa cum au ele loc, ceea ce însemnă travaliu analitic în cel mai strict sens.

În dizarmoniile şi dificultăţile dezvoltării, suferinţa este diminuată şi opririle sunt recuperate atunci când angoasele sunt clarificate şi interpretate; regresiile sunt anulate, adică făcute temporare şi procesul evolutiv este reinstaurat prin clarificarea analitică a situaţiei periculoase care provoca aceste regresii. În contextul nevrozelor infantile, accesele de angoasă, ritualurile de culcare, ceremonialurile din timpul zilei sunt cucerite şi diminuate prin interpretarea conţinutului lor inconştient; compulsiile la atingere dispar atunci când este revelată fie legătura lor cu masturbarea, fie cu fantasmele agresive subiacente; fobiile fac loc, prin interpretare, lămuririi asupra deplasărilor oedipiene de care au fost produse; fixaţiile la evenimente traumatice refulate dispar o dată ce trauma este adusă prin rememorare în conştiinţă, sau retrăită şi interpretată în transfer.

În simpomatologia nevrozelor infantile, este adusă o dublă daună, atât derivatelor pulsionale, cât şi Eului. Contrapartea terapeutică a acesteia este dubla acţiune a analizei. Din moment ce interpretarea apărării alternează cu interpretarea conţinutului, uşurarea va fi oferită pe rând atât Eului încolţit, cât şi, în mod egal, pulsiunilor încolţite, până când ceea ce este inconştient în ambele va fi adus în apropierea suprafeţei, verbalizat, clarificat, interpretat şi va deveni o parte integrată a personalităţii copilului.

Terapia tulburărilor non-nevrotice

Pe vreme ce ne îndepărtăm de tulburările nevrotice bazate pe conflict (categoriile 1-4) şi ne apropiem de opririle, defectele şi deficienţele dezvoltării (categoriile 5-6), procesul terapeutic îşi schimbă natura, chiar dacă analiza copiilor este încă aplicabilă şi are ca efect ameliorări.

ELEMENTELE TERAPEUTICE DIN PSIHANALIZĂ[1]

Toţi autorii ce abordează acest subiect sunt de acord că mai multe elemente sunt conţinute în metoda psihanalitică, pe lângă *interpretarea* transferului şi rezistenţei, *extinderea conştiinţei* pe seama porţiunilor inconştiente din Sine, Eu şi Supraeu, având drept consecinţă creşterea *dominaţiei Eului*. În timp ce acestea reprezintă fundamentul psihanalizei, există de asemenea şi alte elemente a căror prezenţă este inevitabilă, deşi uneori este neintenţionată. *Verbalizarea* şi *clarificarea* preconştientului joacă un rol special, mai ales la copii, în pregătirea căii către interpretarea propriu-zisă şi în atenuarea impactului angoasei cu care aceasta merge mână în mână. Există elemente de *sugestie* care sunt consecinţe inevitabile ale poziţiei temporare de forţă şi ale importanţei emoţionale a analistului în viaţa pacientului. Cu copii, acestea sunt reprezentate de aşa numitele efecte secundare „educaţionale" ale tratamentului psihanalitic. Aici intervine tendinţa pacientului de a folosi greşit relaţia transferenţială drept *„experienţă emoţională corectivă"*, tendinţă care este cu atât mai puternică cu cât este mai importantă postura de obiect „nou", atribuită analistului. În cele din urmă, există şi *reasigurarea* care, în cazul copilului, este inseparabilă de prezenţa şi intimitatea strânsă a unui adult de încredere.

Analiştii sunt instruiţi să vegheze la apariţia ingredientelor non-analitice în cadrul metodei şi să reducă efectul lor la minimum, dar, în ultimă instanţă, alegerea procesului analitic nu depinde de analişti, ci de pacienţii lor.

Ferenczi (1909, p. 55) îl citează pe S. Freud, spunând cu privire la nevroze: „Noi putem trata un nevrotic oricum dorim, acesta se tratează întotdeauna el însuşi... prin transferuri", adică prin repetarea constelaţiilor sale nevrotice rearanjate în jurul persoanei analistului. O altă impresie, frecvent exprimată de Freud, a fost următoarea: „în orice fel şi prin orice dispozitive tehnice încercăm să-i păstrăm pe pacienţi în analiză, ei, în ceea ce îi priveşte, se agaţă de tratament în diferite feluri, fiecare pe baza patologiei proprii: istericul, prin mijloacele transferului său pasionat de iubire şi ură; obsesionalul, prin investirea analistului cu puteri magice la care el participă prin transfer; masochistul, de dragul chinurilor imaginare pe care le extrage din procesul

[1] Vezi E. Bibring (1954).

terapeutic; sadicul, pentru scopul de a poseda în transfer un obiect pe care să-l poată tortura; dependentul, care face ca persoana analistului să-i fie atât de indispensabilă pe cât îi sunt şi drogurile sau alcoolul de care este dependent."

Cu privire la patologia Eului, K. R. Eissler (1950) afirmă în mod similar că fiecare pacient în parte reacţionează la tehnica analitică în propriul său fel şi că, în funcţie de parametrii pe care îi impune persoanei analistului, se poate conchide asupra deviaţiei Eului său de la normă. Parafrazând, se poate spune că natura tulburării copilului se revelează pe calea elementelor de tratament specifice pe care acesta le selectează pentru uz terapeutic atunci când i se oferă întreaga gamă de posibilităţi ce sunt conţinute în analiza copilului.

SELECTAREA ELEMENTELOR TERAPEUTICE ÎN FUNCŢIE DE CATEGORIA DIAGNOSTICĂ

Pentru aplicarea în detaliu a acestor puncte de vedere în domeniul psihopatologiei infantile:

Aşa cum s-a prezentat mai sus, stadiile premergătoare nevrozei copilului şi nevrozele infantile propriu-zise, reacţionează pe deplin la interpretările rezistenţelor şi ale transferului, a apărării şi a conţinutului, adică la adevăratele măsuri analitice, care în aceste cazuri se transformă în proces terapeutic, atâta timp cât iniţiază schimbări şi obţin ameliorări. Nici sugestia, nici reasigurarea, nici experienţa corectivă şi nici vreun artificiu oarecare nu joacă un rol terapeutic care să merite a fi menţionat, atâta timp cât terapeutul nu iese el însuşi din rolul său de analist. Dacă copilul nevrotic apelează în vreun fel la ele, o face ca o expresie a rezistenţei, în momentele în care evadarea din analiză este mai importantă pentru el decât obţinerea insightului. Dar nici una dintre acestea, fie singură, fie în combinaţie, nu are un efect terapeutic asupra nevrozei infantile, care să aproximeze ceea ce analistul cere de la un tratament. Chiar dacă se obţin ameliorări ale simptomelor, ca în cazul ghidării copilului sau psihoterapiei copilului, echilibrul de forţe între instanţele interne rămâne neschimbat de acestea.

În opoziţie, în cazurile non-nevrotice se constată că aceşti copii beneficiază de acestea, câteodată de una, alteori de alta, uneori de o

combinţie de elemente terapeutice subsidiare, în timp ce tehnica analitică principală poate rămâne fără efect sau poate aduce rezultate nedorite sau poate păli în fundal cu totul.

Cu copiii *borderline*, de exemplu, clasica oscilaţie între analiza transferului, a apărării şi a conţinutului are consecinţe care diferă de acelea obţinute cu copiii nevrotici. La copiii borderline activitatea fantasmatică este prolifică, distorsiunea derivatelor Sinelui este minimă şi interpretarea lor, în consecinţă, este directă şi facilă pentru analist. Dar uşurarea uzuală şi creşterea controlului Eului asupra lumii fantasmate nu survin. În loc de asta, fiecare verbalizare a unei interpretări psihanalitice este preluată de pacient şi ţesută într-o curgere continuă şi progresivă de fantasme producătoare de angoase. Întâmpinat doar cu interpretări, fie în interiorul, fie în afara materialului transferenţial, copilul borderline foloseşte această oportunitate pentru a transforma relaţia cu analistul într-un fel de „folie à deux", care este plăcută pentru el şi în conformitate cu nevoile sale patologice, dar neprofitabilă din punctul de vedere al terapiei. Pe de altă parte, terapia îi ajută prin verbalizarea şi clarificarea pericolelor interne şi externe şi a afectelor înfricoşătoare, care sunt percepute preconştient, dar pe care Eul său slab şi neajutorat, lăsat lui însuşi, nu le poate integra şi nici aduce sub dominaţia procesului secundar. În consecinţă, din punct de vedere diagnostic, calitatea de borderline a cazului poate fi evaluată prin reacţia sa terapeutică negativă la interpretarea propriu-zisă a inconştientului.

Copiii cu *deficit libidinal* grav relaţionează cu analistul de pe nivelul scăzut al relaţionării cu obiectul la care s-au oprit, adică ei transferă atitudini simbiotice sau de satisfacere a nevoii, absenţa constanţei obiectului etc. Aici, interpretarea propriu-zisă nu va avea efectul dorit al repornirii dezvoltării, cu excepţia cazurilor cu originea opririi iniţial nevrotică sau traumatică. Acolo unde deficitul libidinal este datorat unei deprivări timpurii severe în relaţiile de obiect, interpretarea repetiţiei transferate nu are rezultate terapeutice. Copilul poate răspunde, în schimb, la intimitatea relaţiei analist-pacient, care este favorabilă pentru proliferarea ataşamentului libidinal, datorită frecvenţei şi duratei îndelungate a contactului, lipsei întreruperilor, excluderii rivalilor supărători etc. Pe baza acestei experienţe emoţionale noi şi diferite, copilul poate să avanseze către nivele ale dezvoltării libidinale

mai potrivite, schimbare terapeutică pusă în mişcare în limitele cadrului psihanalizei copilului, dar bazată pe „experienţa emoţională corectivă".[1]

Copiii *retardaţi intelectual* suferă de obicei acut de fricile arhaice. Datorită imaturităţii funcţiilor Eului lor, le lipseşte orientarea şi stăpânirea lumii interne şi a celei externe deopotrivă, şi însăşi intensitatea angoasei este cea care împiedică, în schimb, creşterea în continuare a Eului. În analiza copilului, cercul vicios este întrerupt, având ca rezultat faptul că copilul începe să treacă în mod gradat pe scala de dezvoltare de la fricile arhaice ale anihilării complete, la angoasa de separare, angoasa de castrare, frica de pierdere a iubirii, vina etc. Dar elementul terapeutic responsabil pentru ameliorare în acest caz este rolul reasigurator al analistului şi nu cel analitic.

Chiar în cazurile cu deficit organic (traumatisme la naştere, afectări minore cerebrale) se pot obţine ameliorări în defectele severe de formare a personalităţii. Acolo unde Eul relativ normal exercită o presiune excesivă asupra unei constelaţii pulsionale foarte sărăcite, copilul profită de stimularea fantasmelor şi a apariţiei de descărcări pentru derivatele Sinelui, care reprezintă subproduse ale situaţiei analitice. Când o activitate pulsională normală este insuficient controlată de un Eu subdezvoltat, rolul şi acţiunea analistului de „Eu auxiliar", un alt subprodus al analizei, vine în ajutorul pacientului.

Adolescenţii cu tulburări, implicaţi în analiză, răspund la unul sau altul dintre elementele procesului în succesiune rapidă, în funcţie de nevoile psihopatologiei lor amestecate. Aceasta a fost descrisă într-un studiu recent al unor astfel de cazuri, din punctul de vedere al unei variaţii rapide în tehnică, intenţionate de analist (K. R. Eissler, 1958). Noi vedem acest fapt ca pe un proces spontan din partea pacientului, reprezentat prin variaţia a ceea ce acesta selectează din elementele terapeutice disponibile, în timp ce, din punctul de vedere al analistului, abordarea rămâne aceeaşi.

[1] Spre deosebire de efectul interpretării analitice, care pentru copil nu are limite de vârstă sau de moment al intervenţiei, experienţa emoţională corectivă este limitată de considerente maturaţionale. Trebuie să aibă loc aptoximativ în aceeaşi fază de dezvoltare în care s-a produs dauna asupra procesului libidinal. O dată ce aceste limite temporale au fost depăşite, este prea târziu pentru corecţie.

CONCLUZII

În zona regresiilor permanente şi a simptomatologiei nevrotice stabilizate, nimic nu va schimba copilul în afara analizei, care lucrează pentru schimbarea echilibrului de forţe în interiorul structurii. În afara zonei nevrozelor, personalitatea copilului rămâne mai fluidă şi deschisă unei varietăţi de influenţe ca acelea exercitate în viaţa de familie, în educaţie sau în terapie.

Potenţialităţile înnăscute ale bebeluşului sunt accelerate în dezvoltare, sau încetinite, în funcţie de implicarea mamei în ele, sau de absenţa implicării. Progresul nearmonios este contrabalansat dacă părinţii libidinizează liniile pe care copilul rămâne în urmă, în loc să facă greşeala obişnuită de a da copiilor foarte inteligenţi mai multă hrană pentru inteligenţa lor; să le vorbească celor în mod particular verbali; să dea mai multe ocazii de acţiune celor mai activi fizic.

Tendinţele distructive care au devenit excesive datorită unei dezintricări a libidoului şi agresivităţii, sunt diminuate şi legate din nou, dacă ataşamentele libidinale sunt promovate. Procesele libidinale şi agresive vor răspunde la apariţia unui obiect pentru investire. Atitudinile Eului se modifică atunci când apar ocazii noi de identificare sau presiunea Supraeului este înlăturată cu ocazia unor externalizări potrivite. Pe scurt, posibilităţile de intervenţie benefică pe tărâmul dezvoltării sunt aproape la fel de nelimitate ca şi acelea de interferenţă nocivă asupra dezvoltării, sau ca şi variaţiile înseşi ale normalităţii şi anormalităţii.

Anumiţi analişti, după un studiu intensiv asupra unor zone specifice şi asupra unor perioade ale dezvoltării copilului, au recomandat recent că pentru anumite tipuri de patologii infantile ar putea fi avantajos dacă tulburarea şi terapia ar fi mai îndeaproape potrivite; în cazul copiilor cu întârziere în dezvoltarea libidinală, atenţia trebuie acordată înainte de orice nevoilor lor simbiotice şi autiste; iar copiilor care au avut parte de deprivare maternă timpurie ar trebui să li se ofere posibilitatea de experienţă emoţională corectivă (Augusta Alpert, 1959; Margaret Mahler, 1955). Urmărind acelaşi raţionament, copiilor cu defecit al Eului trebuie să li se ofere exclusiv protecţia reasiguratoare a unui Eu auxiliar pe care ei îl caută; copiilor borderline, metodele de întărire a Eului prin verbalizare şi clarificare.

La prima privire, o asemenea specializare a terapiei pare raţională şi

economică în măsura în care exclude potenţiala risipă care survine la folosirea unei abordări atât de complexe cum este analiza copilului în afara domeniului său legitim, al nevrozelor, adică la pacienţi ce se vor înfrupta numai dintr-o mică parte a beneficiilor acesteia, şi se concentrează asupra elementelor mai puţin esenţiale. Dar, la o privire mai atentă, apar anumite obiecţii împotriva aplicării acestor propuneri la majoritatea dintre cazuri.

Prima obiecţie este aceea că, în experienţa propriu-zisă, puţini pacienţi copii ne prezintă un tablou clinic pur, care, singur, ar justifica o terapie direcţionată către un anumit factor. În cele mai multe cazuri, tulburările constau mai degrabă din amestecuri şi combinaţii de elemente care contribuie în măsuri diferite la rezultatul patologic final: deficienţele libidoului sunt însoţite de deficienţele ale Eului, sau sunt urmate de acestea; influenţele traumatice acute se combină cu influenţele situaţiilor nefavorabile cronice; caracteristicile nevrotice şi delicvente sunt întreţesute; în acelaşi fel se întâmplă cu elementele atipice şi cele de limită în raport cu conflictele nevrotice; cu excepţia cazurilor cele mai severe, vom găsi întotdeauna zone normale, ca şi zone anormale, în personalitatea unui copil. Această psihopatologie amestecată a copilăriei este cea care justifică necesitatea metodei comprehensive reprezentată de psihanaliza copilului. Doar în cadrul psihanalizei propriu-zise a copilului este pusă la dispoziţia pacientului întreaga gamă a posibilităţilor terapeutice, şi doar în cadrul acesteia se dă o şansă tuturor părţilor personalităţii copilului, pe de o parte, să iasă la lumină, iar pe de alta, să fie tratate.

O a doua obiecţie vitală ce apare în mintea cercetătoare a analistului este aceea că descoperirea adevărului diagnostic este limitată în cazul în care nu se foloseşte metoda analitică. Avem nevoie de o certitudine absolută a clasificării unui caz dat, înainte de a lua din mâinile pacientului în mâinile noastre alegerea elementului terapeutic, adică înainte de a limita şansele de tratament la un singur factor. Dar, după cum se prezintă aptitudinile noastre în evaluare la momentul prezent, o asemena acurateţe a judecăţii diagnostice îmi apare ca fiind un ideal care nu va putea fi realizat în contextul cunoaşterii noastre prezente, ci doar în viitorul îndepărtat.

Index

Bibliografie

AICHORN A. (1923-1948), Deliquency and Child Guidance: Selected Papers. New York: International Universities Press, 1965.
(1925), *Wayward Youth*. New York: Viking Press, 1935.
ALPERT, A. (1959), Reversibility of Pathological Fixations Associated with Maternal Deprivation in Infancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14:169-185.*
* *The Psychoanalytic Study of the Child,* 19 volume, editat de Ruth E. Eissler, Anna Freud, Heinz Hartmann, Marianne Kris. New York: International Universities Press; London: Hogarth Press, 1954-1964.
ANGEL, A. , *vezi* Katan A.
BIBRING, EDWARD (1936), The Development and Problems of the Theory of the Instincts. *Int. J. Psycho-Anal.*, 22:102-131, 1941.
(1937), On the Theory of the Terapeutic Results of Psycho-Analysis, *Int. J. Psycho-Anal.*, 18: 170-189.
(1954), Psychoanalysis and the Dynamic Psychoterapies. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2: 745-770.
BIBRING, GRETE L. (1940), Uber eine orale Komponente der männlichen Inversion. *Int Z. Psychoanal.*, 25:124-130.
BŐHM, F. (1920), Beiträge zur Psychologie der Homosexualität. *Int Z. Psychoanal.*, 6:297-319.
(1930), The Feminity Complex in Men. *Int. J. Psycho-Anal.*,11:444-469.
(1933), Über zwei Typen von männlichen Homosexuellen. *Int Z. Psychoanal.*, 19:499-506.
BONNARD, A.(1950), Environmental Backgrounds Conducive to the Production of Abnormal Behaviour and Character Structure, Including Deliquency. In: *Congres International de Psychiatrie*. Paris: Hermann.
BORNSTEIN, B. (1949), *The Analysis of a Phobic Child. The Psychoanalytic Study of the Child*, 3/4:181-226.
(1951), On Latency. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 6:279-285.
BOWLBY, J., (1944), *Forty-four Juvenile Thieves*. London: Bailliere, Tindall&Cox, 1946.
(1960), Separation Anxiety. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41:89-113.
ROBERTSON, JAMES & ROSENBLUTH, D. (1952), A Two-Zear-Old Goes to Hospital, *The Psychoanalytic Study of the Child*,7:82-94.

BREUER, J. & FREUD, S, (1893), On the Psychical Mechanism of Hysterical Phenomena: Preliminary Communication. *Standard Edition*, 2:-17.
BRODEY, W. M. (1964), On the Dynamics of the Narcissism: I. Externalization and Early Ego Development. *The Psychoanalytic Study of the Child* (in press).
BRYAN, D. (1930), Bisexuality. *Int. J. Psycho-Anal.*, 11:150-166.
BÜHLER, C. (1935), From Birth to Maturity. London: Rout-ledge & Kegan Paul.
BURLINGHAM, D. (1952), *Twins: A study of Three Pairs of Identical Twins*. New York: International Universities Press.
GOLDBERGER, A.&LUSSIER, A. (1955), Simultaneous Analysis of Mother and Child. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10:165-186.
DALY, C. D. (1928) Der Menstruationskomplex. *Imago*, 14:11-75.
(1943), The Role of Menstruation in Human Phylogenesis and Ontogenesis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 24:151-170.
EISSLER, K. R. (1950), Ego-psychological Implications of the Psychoanalytic Treatment of Delinquents. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5: 97-121.
(1953), The Effect of the Structure of the Ego and Psychoanalytic Tehnique. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 1:104-143.
(1958), Notes on Problems of Tehnique in the Psychoanalytic Treatment of Adolescents: With Some Remarks on Perversions. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13: 223-254.
FENICHEL, O. (1936), The Symbolic Equation: Girl=Phallus. *The Collected Papers of Otto Fenichel*, 2:3-18. New York: W. W. Norton, 1954.
FERNCZI, S. (1909), Introjection and Transference. In: *Sex in Psychoanalysis*. New York: Basic Book, 1950, pp. 296-318. New York: Basic Books, 1950, pp 154-186
(1914), The Nosology of Male Homosexuality (Homoerotism). *Sex in Psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1950, pp. 296-318.
(1911), On the Part Played by Homosexuality in the Pathogenesis of Paranoia. In: *Sex in Psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1950, pp. 296-318.
FLUGEL J. C. (1930), The Psychology of Clothes. London: Hogarth Press.
FREUD, ANNA (1926-1945), The Psycho-Analytical Treatment of Children. London: Imago Publishing Co, 1946; New York: International Universities Press, 1955
(1945), Indications for Child Analysis. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1:127-150.
(1946), The Psychoanalytic Study of Infantile Feeding Disturbances. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2:119-132
(1949), Aggression in Relation to Emotional Development. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 3/4:37-42.
(1951), Observations on Child Development. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 6:18-30.

(1952), The Role of Bodily Illness in the Mental of Children. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7:69-81.
(1962), Assessment of Childhood Disturbances. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 17:149-158.
& BURLINGHAM, D. (1943), War and Children.New York: International Universities Press,.
(1944), Infants Without Families. New York: International Universities Press.
& DANN, S. (1951), An Experiment in Group Upbringing. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 6:127-168.
Vezi şi Robertson, Joyce; Levy, Kata.
FREUD, SIGMUND (1893), On the Psychical Mechanism of Hysterical Phenomena: A Lecture. *Standard Edition*, 4&5.
(1905), Three Essays on the Theory of Sexuality. *Standard Edition*, 7:125-145.
(1907), The Sexual Enlightenment of Children. *Standard Edition*, 9:129-139.
(1909), Analysis of a Phobia in a Five-Year-Old Boy. *Standard Edition*, 10: 5-149.
(1913), The Disposition to Obssesional Neurosis: A Contribution to the Problem of Choice of Neurosis. *Standard Edition*, 12:313-326.
(1914), On Narcissism: An Introduction. *Standard Edition*, 14:67-102.
(1916-1917 [1915-1917]), Introductory Lectures on Psycho-Analysis. *Standard Edition*, 15&16.
(1918 [1914]), From the History of on Infnatile Neurosis. *Standard Edition*, 17:7-122.
'The Standard Edition of the Complete Psychological Work of Sigmund Freud, 24 volume, tradusă şi editată de James Strachey. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1953.
(1919), Preface to Reik's Ritual: Psycho-Analytic Studies. *Standard Edition*, 17:259-263.
(1922), Some Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia and Homosexuality. *Standard Edition*, 18:221-232.
(1924), A Short Account of Psycho-Analysis. *Standard Edition*, 19:189-209.
(1926[1925]), Inhibitions, Symptoms and Anxiety. *Standard Edition*, 20:77-174.
(1927), The Future of an Illusion. *Standard Edition*, 21: 5-56.
(1930[1929]), Civilisation and its Discontents. *Standard Edition*, 21:64-145.
(1931), The Expert Opinion in Halsmann Case. *Standard Edition*, 21:251-253.

(1932), New Introductory Lectures on Psycho-Analysis. *Standard Edition*, 22:3-182.
(1937), Analysis Terminable and Interminable. Colected Papers, 5:316-357. London: Hogarth Press, 1950.
vezi şi Breuer, J,
GELERD, E. R. (1958), Borderline States in Childhood and Adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13:279-295.
GILLESPIE, W. H. (1964), Symposium on Homosexuality. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41: 571-584.
GREENACRE, P. (1960), Considerations Regarding the Parent-Infant Relationship, *Int. J. Psycho-Anal.*, 41:571-584. International Universities Press.
GYOMROI, E. L. (1963), the Analysis of a Young Concentration Camp Victim. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18:484-510.
HARTMAN, H. (1947), On Rational and Irrational Action. *Psychoanalysis and the Social Science*, 1:359-392. New York:
(1950a), Psychoanalysis and Developmental Psychology. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5:7-17.
(1950b), Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5:74-96.
HELLMAN, I., FRIEDMANN, O.&SHEPHEARD, E. (1960), Simultaneous Analysis of Mother and Child, 15:359-377.
HOFFER, W. (1950), Development of the Body Ego. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5:18-23.
(1952), The Mutual Influences in the Development of Ego and Id: Earliest Stages. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7:31-41.
ISAKOWER, O. Personal Comunication.
JACOBSON, E. (1946), The Effect of Disappointment on Ego and Superego Formation in Normal and Depressive Development. *Psychoanal. Rev.*, 33:129-147.
JAMES, MARTIN (1960), Premature Ego Development: Some Observation upon Disturbances in the First Three Years of Life. *Int. J. Psycho-Anal.*,41:288-294.
JAMES, T. E. (1962), *Child Law*. London: Sweet & Maxwell.
JONES, E. (1932), The Phallic Phase. Papers on Psychoanalysis. Baltimore: Wiliams & Wilkins, 1949, pp. 452-484.
KATTAN, ANNY (1937), The Role of "Displacement" in Agoraphobia. *Int. J. Psycho-Anal.*,32:41-50, 1951.
(1961), Some Thoughts about the Role of Verbalization in Early Childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16:184-188.
KLEIN, M. (1957), *Envy and Gratitude*. London: Tavistock Publications.
KRIS, E. (1950), Notes on the Development and on some Current Problems of Psychoanalytic Child Psychology. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5,24-46.
(1951), Opening Remarks on Psychoanalytic Child Psychology. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 6:9-17.

LAFORGUE, R. (1936), La Névrose Familiale. *Rev. Franç. Psychanal.*, 9:327-359.
LAGACHE, D. (1950), Homosexuality and Jealousy. *Int. J. Psycho-Anal.* 31:24-31.
LAMPLE-DE GROOT, J. (1950), On masturbation and Its Influence on General Development. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5:153-174.
LEVY, K. (1960), Simultaneous Analysis of Mother and Her Adolescent Daughter: The Mother's Contribution to the Loosening of the Infantile Object Tie. With an Introduction by Anna Freud. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15:378-391.
LEWIN, B. D. (1933), The Body as Phallus. *Psychoanal. Quart.*, *2:24-47.*
LITTLE, M. (1958), On Delusional Transference (Transference Psychosis). *Int. J. Psycho-Anal.*, 39:134-138.
LOEWENSTEIN, R. M. (1935), Phallic Passivity in Men. *Int. J. Psycho-Anal.*, 16:334-340.
MAHLER, M. S. (1952), On Child Psychosis and Schizophrenia: Autistic and Symbiotic Infantile Psychoses. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7:286-305.
& GOSLINER, B. J. (1955) On Symbiotic Child Psychosis: Genetic, Dynamic, and Restitutive Aspects. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10: 195-212.
MICHAELS, J. J. (1955), *Disorders of Character: Persistent Enuresis, Juvenile Delinquency and Psychopathic Personality*. Springfield, III: Charles, C. Thomas.
(1958), Character Disorder and Acting upon Impulse. In: *Readings in Psychoanalytic Psychologie*, ed. M. Levitt, New York: Appleton.
MURPHY, L. B. (1964), Some Aspects of The First Relationship. *Int. J. Psycho-Anal.*,45:31-43.
NUNBERG, H. (1947), *Problems of bisexuality as reflected in circumcision*. London: Imago Publishing Co., 1949.
PANEL (1954a), The Traditional Psychoanalytic Tehnique and its Variations. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2:711-797.
PASCHE, F. (1964) Symposium on Homosexuality. *Int. J. Psycho-Anal.*, 45:210-213.
PECK, N. (1962), Chronological Age and the Rehabilitative Process. Thesis, Criminal Law Division, Yale Law School, New Haven.
RANGELL, L. (1954), Panel Report: Psychoanalysis and Dynamic Psychoteraphy-Similarities and Differences. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2: 152-166.
ROBERTSON, JAMES (1958), *Young Children in Hospital*, London: Tavistock Publications; New York: Basic Books, 1959.
ROBERTSON, JOYCE (1956), A mother's Observations on the Tonsillectomy of Her Four-Year Old Daughter. With Comments by Anna Freud. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 11: 410-433.
(1962), Mothering as an Influence on Early Development. A Study

of Well-Baby Clinic Records. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 17:245-264.
SADGER, J. (1920), Psychopathia sexualis und innere Sexretion. Fortschr. Med., 1.
(1921), Die Lehre von den Geschlechtsverirrungen. Leipzig & Vienna: Deuticke.
SARNOFF, C. (1963), Discussion of "The Analysis of a Transvestit Boy", by Mellita Sperling [Abstract of Meeting of the Psychoanalytic Association of New York]. *Psychoanal. Quart.* , 32: 374-392.
SPITZ, R. A. (1945), Anaclitic Depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2:313-342.
SPRINCE, M. P. (1962), The Development of a Preoedipal Partnership between an Adolescent Girl and Her Mothe. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 17:418-450.
STERBA, R. (1934), The Theory of the Analytic Therapy. *Int. J. Psycho-Anal.*,18: 125-189.
(1954), The Widening Scope of Judications for Psycho-analysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2:567-620.
(1958), Variations in Classical Psycho-Analytic Tehnique. *Int. J. Psycho-Anal.*, 39:200-242.
WEISS, E. (1925), Über eine noch neicht beschriebne Phase der Entwicklung zur heterosexuellen Liebe. *Int. Z. Psycho-Anal.*, 11:429-443.
WINNICOTT, D. W. (1949), *The Ordinary Devoted Mother and her baby*. London: Tavistock Publications.
(1953), Transitional Objects and Transitional Phenomena: A Study of the First Not-Me Possesion. *Int. J. Psycho-Anal.*, 34:89-97.
(1955), Metapsyhological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-up. *Int. J. Psycho-Anal.*, 36:16-26.
(1960), The Theory of the Parent-Infant Relationship. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41:585-595.
WULFF, M. (1941), A Case of Male Homosexuality. *Int. J. Psycho-Anal.*, 23: 112-120, 1942.
(1946), Fetishism and Object Choice in Early Childhood. *Psychoanal.* Quart., 15:450-471.
ZETZEL, E. R. (1953), Panel Report: The Traditional Psychoanalytic Tehique and Variations. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 1:526-537.

Fundaţia Generaţia

Fundaţia Generaţia s-a născut din nevoia urgentă de a ajuta copiii, adolescenţii şi familiile lor prin intervenţii diferite de cele farmacoterapeutice sau instituţionale. Proiectul creării ei s-a născut încă din 1995 când, împreună cu un grup de specialişti reputaţi în domeniul psihoterapiei, grup animat şi susţinut de psihanalista de origine română Ilany Kogan, a început travaliul de structurare şi circumscriere a scopurilor şi modalităţilor de atingere a acestor scopuri, fundaţia concretizându-se ca instituţie în noiembrie 1998. (11)

Sprijinul şi asistenţa copilului înseamnă mai mult decât ajutor material. Fundaţia Generaţia se dedică nevoilor psihologice nu întotdeauna uşor de observat şi de recunoscut. Sprijinul psihologic este necesar pentru a preveni şi proteja copilul de suferinţa psihică şi pentru a-i favoriza dezvoltarea. Dacă nu dăm suficientă atenţie nevoilor sufleteşti ale copilului pot apărea, în timp, urmări dramatice. Un copil riscă să fie tratat cu medicamente fără să fie necesar, poate fi etichetat ca bolnav psihic, un copil riscă, de asemenea, să aibă dificultăţi emoţionale şi să-şi rateze şansa de a se realiza. Suferinţa psihică poate să se manifeste sub formă de tristeţe, insomnii, spaimă, nelinişte, coşmaruri, dezinteres, plictiseală, izolare, agitaţie, agresivitate, tulburări ale comportamentelor alimentar, sfincterian, sexual, social, şcolar, de comunicare. Aceste tulburări pot să apară de la naştere, pe parcursul evoluţiei copilului sau în urma unor traume legate de separare, accidente, boli, tensiuni şi conflicte în familie, naşterea unui alt copil, decesul unui membru al familiei, abuz sexual, maltratare, intrarea în pubertate şi adolescenţă etc.

Fundaţia ajută copii, adolescenţi, mame, taţi, bunici, educatori, profesori, cadre medicale, precum şi pe toţi cei care se ocupă de copii.

Formele de intervenţie şi de ajutor sunt:

Examen de evaluare a dezvoltării.
Consultaţii în situaţii de criză.
Consiliere a părinţilor.

Grupuri de lucru cu educatori, profesori și cadre medicale.
Psihoterapie individuală și/sau de familie.

Aceste intervenții respectă confidențialitatea și normele deontologiei profesionale. Echipa noastră cuprinde psihologi, psihiatri, pedagogi, cu specializare în psihoterapia psihanalitică a copilului și a adolescentului.

Fundația Generația colaborează profesional cu universități și asociații profesionale din România, Germania, Franța, Elveția, Anglia, SUA și Israel, în scopul formării de noi specialiști și al supervizării activității specialiștilor existenți. Pentru asistența psihoterapeutică a copiilor și adolescenților, colaborăm cu toate instituțiile și organizațiile care activează în acest domeniu.

De la începutul anului 2000 funcționează Centrul de psihoterapie a copilului și a adolescentului – Fundația Generația.

telefon/fax: 410 1033, 330 6649
email: Generatia@fx.ro

Titlurile colecției

Psihanaliza copilului și adolescentului

EUL ȘI MECANISMELE DE APĂRARE

Anna Freud

Lucrarea Annei Freud este recunoscută ca o contribuție majoră în cercetarea psihanalitică, ea bucurându-se de statutul unei lucrări clasice. În acest volum, ilustrat cu cazuri clinice fascinante de copii și adolescenți, autoarea pune în discuție acele măsuri adaptative prin care viața pulsională ajunge să fie controlată, precum și modul în care sunt evitate afectele dureroase sau neplăcute. Într-un stil extrem de clar, autoarea prezintă teoria mecanismelor de apărare pentru ca apoi să insiste asupra operațiile defensive pe care Eul le pune în mișcare pentru a evita neplăcerea și anxietatea și prin care își exercită controlul asupra comportamentului impulsiv, a afectelor și urgențelor pulsionale (negarea prin fantasmă, negarea prin cuvânt și act, restrângerea Eului, identificarea cu agresorul). Autoarea pune un accent deosebit și pe procesele defensive prezente la pubertate: ascetismul, intelectualizarea, iubirea și identificarea.

SCENARIILE NARCISICE ALE PARENTALITĂȚII
Experiența clinică a consultației terapeutice

Juan Manzano
Francisco Palacio Espasa
Nathalie Zilkha

Practica îndelungată a autorilor privind intervențiile psihoterapeutice scurte părinți–copii/adolescenți (consultații terapeutice) le-a permis să desprindă un concept central, numit de ei „scenarii narcisice ale parentalității". În primele capitole ale acestei lucrări sunt prezentate diferitele aspecte ale acestui concept.

După o situare a elementelor fundamentale ale tehnicii autorilor în cadrul mai vast al psihoterapiilor de inspirație psihanalitică, este abordată o parte clinică în care sunt expuse rezultatele analizei unor cazuri întâlnite de autori în practica lor. Sunt descrise scenarii tipice ale parentalității, care permit o clasificare a configurațiilor clinice celor mai frecvente şi este propusă o semiologie descriptivă şi dinamică a psihopatologiei relației părinte-copil. Fiecare din aceste configurații este ilustrată cu exemple clinice.

Un ultim capitol reuneşte concluzii clinice şi teoretice.

CONSULTAȚIA TERAPEUTICĂ A COPILULUI

D. W. Winnicott

D. W. Winnicott aduce în teoria şi clinica psihanalitică lucrări clasice, de referință în plan internațional: *De la pediatrie la psihanaliză, Joc şi realitate, Bebeluşul şi mama lui, Deprivare şi delincvență, Natura umană,* pentru a enumera doar câteva dintre ele.

În *Consultația terapeutică a copilului,* Winnicott dezvăluie cu finețe esențialitatea explorării primelor interviuri clinice, care pot oferi cheia cunoaşterii vieții psihice a copilului. El aprofundează tehnica *squiggle* ca pe „o cale simplă de a intra în relație cu copilul"; este vorba de un desen realizat în comun, în care psihanalistul şi copilul participă la reconstrucția istoriei timpurii a copilului şi a mediului său familial.

Prin desenul său, care îl completează pe cel al psihanalistului (şi invers), copilul îşi exprimă sentimentele şi gândurile cele mai profunde, el participă viu la relația cu terapeutul în căutarea Self-ului autentic, al trăirilor timpurii, al relațiilor precoce cu mama, cu tatăl, respectând simptomul, temerile, suferința sa.

Winnicott regăseşte în cadrul terapeutic un „moment sacru" în care relevarea de sine luminează un interior până atunci obscur şi conflictual.

Cartea cuprinde 21 de capitole care reprezintă tot atâtea descrieri ale unor consultații terapeutice pe care Winnicott, unul dintre cei mai mari psihoterapeuți de copii, le-a avut de-a lungul practicii sale psihanalitice.

NORMAL ŞI PATOLOGIC LA COPIL
Evaluări ale dezvoltării

Anna Freud

În 1951, Anna Freud, singura dintre copiii lui Sigmund Freud devenită psihanalist, fondează la Londra „Hampstead Clinic", o clinică de psihoterapie infantilă. *Normal şi patologic la copil,* apărută la Londra în 1965, reprezintă o sinteză a experienței clinice, terapeutice şi teoretice a psihanalizei copilului. A. Freud reexaminează granița dintre normal şi patologic în dinamica dezvoltării umane, conflictele intrapsihice necesare şi inerente dezvoltării, simptomele tranzitorii ale devenirii psihice, ca şi cele care se constituie la copil sau la adultul de mai târziu într-o structură patologică. Ea propune în continuare criterii, diagnostice şi perspective psihoterapeutice. *Normal şi patologic la copil* este o carte pentru psihologi, psihoterapeuți, psihiatri, educatori şi părinți.

UN CAZ DE PSIHOZĂ INFANTILĂ
Studiu psihanalitic

Serge Lebovici
Joyce McDougall

Această carte este consacrată prezentării unor documente referitoare la tratamentul psihanalitic al unui copil psihotic, tratament condus de Joyce McDougall cu asistența tehnică a lui Serge Lebovici.

Producțiile unui copil psihotic sunt interesante prin frumusețea lor, uneori tragică. Lumea fantasmatică în care trăiesc aceşti copii este tragică pentru că ea le traduce angoasa: ea pune constant sub semnul întrebării sentimentul pe care îl au în legătură cu unitatea lor şi cu cea a celor cu care trăiesc. Fantasmele bolnavului sunt o ilustrare remarcabilă a angoasei de fragmentare, a agresivității legate de devorare, a luptei defensive prin intermediul căutării unei fuziuni imposibile: psihoza apare ca singurul mod de relaționare care evită ruptura predelirantă ce

duce la neant. Evoluția relației terapeutice poate conduce la neo-structurări mai evoluate.

Acest fragment de tratament permite discutarea nu doar a fecundității abordării psihanalitice, ci şi a utilității acestei forme de psihoterapie în astfel de cazuri. Cartea răspunde dorințelor celor care ar dori să ştie ce se întâmplă în cursul unui tratament psihanalitic.

Faptul că mama pacientului a urmat un tratament psihanalitic cu analista acestuia din urmă face posibilă o comparație între structurile psihopatologice ale fiului şi ale mamei. Autorii încearcă să demonstreze că structura mamei a avut un rol activ în instituirea relațiilor obiectale atât de perturbate cum sunt cele înscrise în carte.

COPIII — RĂZBOI ŞI PERSECUȚIE

În această carte, prin intermediul studiilor de caz, autorii ne ajută să intrăm în complexa lume a sentimentelor copiilor şi tinerilor adulți care au experimentat moartea, alungarea din țările lor, persecuția, exilul. În ciuda acestor traume, mulți copii au demonstrat un surprinzător potențial de dezvoltare şi o mare capacitate de a face față situației. Autorii discută despre posibilitățile care sunt oferite acestor copii de către un travaliu terapeutic astfel încât ei să poată asimila experiența traumatică şi să o integreze în viața lor viitoare.

Acest volum reprezintă o abordare nouă a acestei problematici.



Editura Fundației Generația

Preşedinte: Veronica Şandor
Coordonator departament editorial: Corneliu Irimia
Redactor: Daniela Luca
Tehnoredactor: Florian Bulmez